



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

FOLLOW-UP DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM UTENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Vânia Teresa Lima Fernandes Lobão

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Vânia Teresa Lima Fernandes Lobão

FOLLOW-UP DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM UTENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

VI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Salomé Ferreira

Maio de 2021

RESUMO

A dor é o sintoma pós-operatório mais frequentemente referido, sendo a primeira causa de admissão e de readmissão após cirurgia de ambulatório (Sarmiento [et al.], 2013). O controlo e a avaliação deste fenómeno são um dever dos profissionais de saúde e, concomitantemente, um direito dos utentes. Esta investigação visou realizar o *follow-up* da dor pós-operatória em utentes submetidos a cirurgia de ambulatório e procurou responder à questão: *Qual a intensidade de dor pós-operatória, nas primeiras 24 horas, em utentes submetidos a cirurgia geral*, cujo objetivo geral é monitorizar o nível de dor pós-operatória, nas primeiras 24 horas, em utentes submetidos a cirurgia geral. Seguindo-se uma abordagem quantitativa, realizou-se um estudo correlacional e retrospectivo, no qual participaram 257 utentes submetidos a cirurgia geral, no serviço de cirurgia de ambulatório de um hospital do norte de Portugal. O instrumento de recolha de dados foi o questionário de *follow-up* realizado no SCA e no qual é utilizada a EN – Escala Numérica – como instrumento de avaliação da dor, recorrendo-se ao SPSS para o tratamento e análise estatística dos dados. Os resultados indicaram que cirurgias como hernioplastias da parede abdominal, cirurgia da mama, hemorroidectomia e colecistectomia laparoscópica são as mais prevalentes, ao contrário da exérese de quisto sacrococcígeo e lipomas, colocação de cateter peritoneal e de fistulotomia anal. Verificou-se que quase 60% revelou ausência de dor e 22% indicou um nível 2 de dor. Não se encontrou uma relação linear entre a idade e o nível de dor, assim como em relação ao tipo de anestesia. Quanto ao género, os resultados indicaram que o nível de dor é significativamente superior nas mulheres e relativamente à adesão terapêutica constatou-se que o nível de dor é maior nos participantes que aderiram às medidas terapêuticas prescritas nomeadamente à respetiva toma de medicação. Assim, concluiu-se que a idade não interfere no nível de dor, contrariamente ao género; a adesão às medidas terapêuticas interfere no nível de dor, considerando que o nível de dor de quem aderiu às medidas terapêuticas prescritas é significativamente superior, e o tipo de anestesia não interfere no nível de dor. Concluiu-se, também, que é necessário identificar os preditores associados à dor no pós-operatório, pois permitirá uma intervenção mais eficaz e uma melhor gestão da mesma em função do tipo de cirurgia.

Descritores: Dor Pós-Operatória; Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Pain is the most frequently reported postoperative symptom, being the first cause of admission and readmission after outpatient surgery (Sarmiento [et al.], 2013). The control and evaluation of this phenomenon are a duty of health professionals and, at the same time, a right of users. This investigation aimed to *follow-up post-operative pain* in users undergoing outpatient surgery and sought to answer the question: *What is the intensity of postoperative pain, in the first 24 hours, in users undergoing general surgery*, whose general objective is to monitor the level of post-operative pain in the first 24 hours, in users undergoing general surgery. Following a quantitative approach, a correlational and retrospective study was conducted, in which 257 users submitted to general surgery from the outpatient surgery service of a hospital in northern Portugal participated. The data collection instrument was the follow-up questionnaire carried out at the SCA and in which the NS - Numerical Scale –is used as a pain assessment tool, using the SPSS for the treatment and statistical analysis of the data. The results indicated that surgeries such as abdominal wall hernioplasties, breast surgery, hemorrhoidectomy and laparoscopic cholecystectomy are the most prevalent, unlike sacrococcygeal cyst excision and lipomas, peritoneal catheter placement and anal fistulotomy. It was found that almost 60% revealed no pain and 22% indicated a level 2 of pain. There was no linear relationship between age and pain level, as well as in relation to the type of anesthesia. Regarding gender, the results indicated that the level of pain is significantly higher in women and in relation to therapeutic adherence it was found that the level of pain is higher in the participants who adhered to the therapeutic measures prescribed, in particular their medication. Thus, it was concluded that age does not interfere in the level of pain, unlike gender; the prescribed therapeutic measures interferes with the level of pain, considering that the pain level of those who adhered to the prescribed therapeutic measures is significantly higher, and the type of anesthesia does not interfere with the level of pain. It was also concluded that it is necessary to identify the predictors associated with pain in the postoperative period, as it will allow a more effective intervention and better management of it depending on the type of surgery.

Descriptors: Pain Postoperative; Ambulatory Surgical Procedures; Continuity of Patient Care.

AGRADECIMENTOS

Foi de várias formas que recebi o apoio de muitas pessoas, sem o qual não teria levado a bom porto a finalização desta dissertação, pelo que merecem o meu mais profundo agradecimento.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Salomé Ferreira, pela sua dedicação, incentivo e pelas correções que, para uma investigadora de primeira viagem como eu, foram preciosas, indicando-me sempre o caminho a percorrer.

A todos os Professores do VI Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, pelos conhecimentos e competências transmitidos durante este percurso académico, o meu muito obrigada.

A todos os meus colegas do Mestrado, que sempre me estimularam intelectualmente e emocionalmente, de modo especial à Alda, Artur, Mariana e Marina, companheiros desta aventura que, com a amizade de sempre, me motivaram para a concretização deste trabalho, obrigada.

A todos os enfermeiros do Serviço de Cirurgia de Ambulatório agradeço pelo empenho, dedicação e profissionalismo com que cuidam, todos os dias, os nossos utentes. Uma palavra de gratidão à Márcia pelas suas incansáveis revisões. Um agradecimento especial à Enfermeira Chefe Teresa Melo pelo seu apoio.

À minha família e amigos agradeço todo o apoio incondicional e pela paciência, de modo especial ao meu marido e à nossa querida filha pelas horas de ausência.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmãos, ao meu Daniel e à minha Inês!

PENSAMENTO

“...nunca me senti tão bem tratada e tida em consideração num ambiente hospitalar, em toda a minha vida. Tudo se destaca, desde o pessoal enfermeiro e auxiliar aos médicos que de mim se ocuparam tanto em outubro de 2018 como em outubro de 2019.

Um grande bem-haja a todos e muitas felicidades”.

Louvor de uma utente do Serviço de Cirurgia Ambulatório

SUMÁRIO

RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
AGRADECIMENTOS	iv
DEDICATÓRIA	v
PENSAMENTO	vi
SUMÁRIO	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE QUADROS	xiii
SIGLAS E ACRÓNIMOS	xiv
INTRODUÇÃO	16
Capítulo Um	19
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1 -DOR	19
1.1 -CONCEITO E EVOLUÇÃO	19
1.1.1 -CLASSIFICAÇÃO DA DOR EM FUNÇÃO DA DURAÇÃO: DOR AGUDA E DOR CRÓNICA.....	24
1.2 -FISIOPATOLOGIA DA DOR	27
1.2.1 - CLASSIFICAÇÃO DA DOR: DOR NOCICETIVA, DOR NEUROPÁTICA E DOR PSICOGÉNICA.....	28
1.2.2 - PERCEÇÃO DA DOR.....	33
1.2.3 -NOCICEÇÃO E NOCICETORES	35
1.2.4 - ÁREA SENSITIVA PRIMÁRIA	38
1.2.5 - SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL E SENSIBILIZAÇÃO PERIFÉRICA.....	40
1.3 -DOR PÓS-OPERATÓRIA	43
1.4 -AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR	47
1.4.1 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR.....	48
1.5 -TRATAMENTO DA DOR.....	56
1.5.1 - ABORDAGEM FARMACOLÓGICA.....	58

1.5.2- ABORDAGEM NÃO FARMACOLÓGICA	60
2 - CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.....	66
2.1 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NO <i>FOLLOW-UP</i> DA DOR PÓS-OPERATÓRIA..	68
Capítulo Dois.....	72
FASE METODOLÓGICA.....	72
3 -PROBLEMA, PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS DO ESTUDO E HIPÓTESES.....	72
4 - MÉTODO E TIPO DE ESTUDO	73
4.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	74
4.2 - VARIÁVEIS	75
4.3 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	75
4.4 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	76
5 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	76
6 -CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	77
Capítulo Três	79
RESULTADOS	79
7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	79
7.1 -CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	79
7.2- INTENSIDADE DA DOR PÓS-OPERATÓRIA.....	81
7.2.1 - NÍVEL DE DOR EM FUNÇÃO DA IDADE.....	81
7.2.2 - NÍVEL DE DOR EM FUNÇÃO DO GÉNERO	84
7.2.3 - NÍVEL DE DOR EM FUNÇÃO DA ADESÃO ÀS MEDIDAS TERAPÊUTICAS	88
7.2.4 - NÍVEL DE DOR EM FUNÇÃO DO TIPO DE ANESTESIA	91
7.2.5 - HIPÓTESES	93
8 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNDICES	121
Apêndice I - Questionário do Telefonema do Dia Seguinte	122
Apêndice II - Questionário do Telefonema dos 30 Dias	123
Apêndice III -Pedido de Autorização da Realização da Investigação à Instituição.....	124
Apêndice IV - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário XXX.....	131
Apêndice V-Resultados: Diagramas de Dispersão da Idade e do Nível de Dor	133
Apêndice VI-Resultados: Diagramas de Dispersão do Género e do Nível de Dor	138

Apêndice VII-Resultados: Diagramas de Dispersão do Tipo de Anestesia e do Nível de Dor	
.....	143

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. - Via de transmissão dolorosa	36
Figura 2. - Representação da espinal medula em 10 lâminas	40
Figura 3. - Reação inflamatória provocada pela lesão tecidual na sensibilização periférica.....	41
Figura 4. - Escala visual analógica (EVA)	50
Figura 5. - Escala verbal simples (EVS).....	51
Figura 6. - Escala numérica (EN)	51
Figura 7. - Escala de faces (EF).....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. - Cirurgia submetida.....	80
Gráfico 2. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor.....	133
Gráfico 3. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na hernioplastia da parede abdominal.....	133
Gráfico 4. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na hemorroidectomia	134
Gráfico 5. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na cirurgia da mama.	134
Gráfico 6. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na colecistectomia laparoscópica	135
Gráfico 7. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na colocação de cateter peritoneal	135
Gráfico 8. - Diagrama de dispersão da idade do nível de dor, na exérese de quisto sacrococcígeo.....	136
Gráfico 9. - Diagrama de dispersão da idade do nível de dor, na cirurgia a lipoma	136
Gráfico 10. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, para fistulotomia anal	137
Gráfico 11. - Diagrama de dispersão do género e do nível de dor	138
Gráfico 12. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor por género, para a hernioplastia da parede abdominal	138
Gráfico 13. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor por género, para a hemorroidectomia.....	139
Gráfico 14. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor, por género, na cirurgia da mama	139
Gráfico 15. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor, por género, na colecistectomia laparoscópica	140
Gráfico 16. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor, por género, na colocação de cateter peritoneal.....	140
Gráfico 17. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor por género, na exérese de quisto sacrococcígeo.....	141
Gráfico 18. - Diagrama de extremos e quartis para o nível de dor, por género, na cirurgia a lipoma.....	141

Gráfico 19. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor, por género, na fistulotomia anal	142
Gráfico 20. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor e por tipo de anestesia	143

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. - Definições de dor por autores do século XX.....	22
Quadro 2. - Tipos de fibras nervosas	37
Quadro 3. - Escalas unidimensionais e multidimensionais	49
Quadro 4. - Terapêuticas farmacológicas	59
Quadro 5. - Terapêuticas não farmacológicas	62
Quadro 6. - Caracterização da amostra de acordo com o tipo de anestesia.....	80
Quadro 7. - Caracterização da amostra de acordo com o nível de dor	81
Quadro 8. - Relação entre o nível de dor e a idade para cada cirurgia	82
Quadro 9. -Relação entre o nível de dor e o género para cada cirurgia.....	85
Quadro 10. -Relação entre o nível de dor e a adesão às medidas terapêuticas para cada cirurgia.....	89
Quadro 11. -Relação entre o nível de dor e o tipo de anestesia para cada cirurgia	91
Quadro 12. - Relação entre a idade e o nível de dor.....	93
Quadro 13. - Relação entre o género e o nível de dor	94
Quadro 14. - Relação entre o nível de dor e Adesão às medidas terapêuticas	95
Quadro 15. - Relação entre o nível de dor e o tipo de anestesia.....	96

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AA – Analgésicos Antipiréticos

a.C. – Antes de Cristo

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses

AGB – Anestesia Geral Balanceada

AINE – Anti-Inflamatórios Não Esteroides

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

APS – *American Pain Society*

AVD – Atividades da Vida Diária

BDI – *Beck Depression Inventory*

CA – Cirurgia de Ambulatório

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPME – Cornos Superiores Medulares

CGRP – Peptídeo do Gene Relacionado à Calcitonina

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

ECD – Escala de Catastrofização da Dor

EF – Escala de Faces

EN – Escala Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

EVS – Escala Verbal Simples

Fibras A α - Fibras A Alfa

Fibras A β – Fibras A Beta

Fibras A δ – Fibras A Delta

IASP – *International Association for the Study of Pain*

IBD – Inventário Breve de Dor

IMD-WHY – Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale

MS – Ministério da Saúde

NkA – Neurocinina

NMDA – N-metil-D-aspartato

NO – Óxido Nítrico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCA – Analgesia Controlada pelo Paciente

PCS – *Pain Catastrophizing Scale*

pp – Pontos Percentuais

QDM – Questionário da Dor de McGill

QDD – Questionário da Dor de Dartmouth

SCA – Serviço de Cirurgia de Ambulatório

SIP – Plataforma de Impacto Social da Dor

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SP – Substância P

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

STAI – *State-Trait Anxiety Inventory*

TENS – Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

UDA – Unidades de Dor Aguda

WDR – *Wide-Dynamic Range*

INTRODUÇÃO

A atual revolução da informação veio produzir complexas mudanças em todos os contextos da atividade humana. Em face destas rápidas transformações os profissionais de saúde necessitam de tomar decisões importantes baseadas em evidências, não bastando apenas uma abordagem científica para a solução de problemas e tomada de decisão sendo, igualmente, necessário também ter em conta elementos como: definir claramente os objetivos; recolher os dados de forma cuidadosa; levar o tempo que for necessário; gerar várias alternativas; pensar logicamente; escolher e agir de forma decisiva (Schuller e Roosevelt, s.d.).

Proporcionar cuidados de saúde de excelência aos utentes constitui uma das principais preocupações das organizações de saúde. De facto, este é também o grande objetivo de todos os enfermeiros e é neste sentido que a investigação científica adquire uma importância indiscutível para a Enfermagem, proporcionando o seu desenvolvimento enquanto ciência e o *empowerment* da profissão.

A prevenção, deteção e o tratamento da dor, em tempo útil, ajudam a reduzir as complicações cirúrgicas associadas à alta prevalência e intensidade de dor pós-operatória. Embora a dor pós-operatória seja previsível e existam várias estratégias para preveni-la e tratá-la, a abordagem correta varia muito de utente para utente, em procedimentos cirúrgicos semelhantes. Em bom rigor, conhecer os fatores que propiciam a ocorrência de dor pós-operatória será uma contribuição importante para o tratamento mais apropriado de cada utente, chegando até a atingir o objetivo maior que será a sua prevenção.

As cirurgias realizadas em regime de ambulatório baseiam-se num modelo organizacional de qualidade centrado nos utentes e no qual todos os seus intervenientes saem beneficiados. Neste contexto, a aposta da enfermagem no desenvolvimento da cirurgia de ambulatório visa a obtenção de ganhos em saúde para as pessoas que necessitam de intervenções cirúrgicas, bem como das suas famílias, sem abdicar dos elevados padrões de qualidade inerentes a qualquer regime cirúrgico (AESOP, 2012). Estes utentes são intervencionados em menos de 24 horas, sendo admitidos e recebendo alta no próprio dia. Estas cirurgias podem ser realizadas com anestesia geral, loco regional ou sedação/local.

Segundo dados do último Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde (MS, 2017),

em 2010, as cirurgias de ambulatório correspondiam a cerca de 49,4% do total de cirurgias programadas, e este número subiu para 63,2% no final de 2017. De acordo com o Ministério da Saúde (2018, p. 33), “o ano de 2018 registou a percentagem mais elevada de sempre de cirurgias de ambulatório no SNS (65,5% do total de intervenções cirúrgicas), um aumento de 2 pp relativamente a 2017, o que compara com os 49,5% de 2010 ou com os cerca de 10% de 2000, por exemplo”. Isto deve-se à constante inovação tecnológica, à evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, bem como se deve ao compromisso e ao empenho de todos os profissionais de saúde.

A abordagem da dor pós-operatória, em cirurgia de ambulatório, adquire uma elevada importância e requer um planeamento integrado de intervenção. Adequar os recursos às necessidades dos utentes através de intervenções organizadas, protocolar medidas e programas de ação realizados por equipas multidisciplinares, compostas por enfermeiros, anestesistas e cirurgiões, tem por objetivo atingir níveis de analgesia peri-operatória eficazes (Sarmiento [et al.], 2013). De facto, constata-se que “a dor aguda tem sido subtratada desde há décadas. A solução não parece ser o desenvolvimento de novos fármacos ou tecnologias analgésicas, mas sim de uma organização apropriada que utilize os conhecimentos existentes” (Valente [et al.], 2019, p. 102), entendendo-se que é fundamental a existência de uma panóplia de alternativas disponíveis para o encaminhamento dos utentes com dor e, para além dos centros de saúde e serviços de urgência, as Unidades de Dor Aguda (UDA) podem desempenhar um papel muito importante.

São bem conhecidas, clinicamente, as dificuldades de reconhecer e de compreender a dor de alguém. A dor “é qualquer coisa que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (Maccaffery e Pasero, 1999, p. 398) e, por isso, interessa medir e quantificar a intensidade da dor. Trata-se de um sintoma frequentemente receado por quem se submete a uma cirurgia e é fundamental que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para o alívio da dor e do desconforto, sendo que a sua monitorização é um objetivo primordial da intervenção dos enfermeiros.

A Direção-Geral da Saúde (DGS), no uso das suas competências técnicas e normativas, e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta contra a dor, instituiu, através da Circular n.º 09/2003, “a Dor como 5.º Sinal Vital”. Ou seja, a intensidade da dor deve ser registada, no mesmo período e no mesmo ambiente clínico, no qual são avaliados todos os outros sinais vitais. Uma avaliação

segura e eficaz do utente, na qual alterações endócrinas e metabólicas decorrentes do trauma anestésico-cirúrgico devem ser consideradas, acrescendo a necessidade de serem criados padrões e critérios de avaliação para a uniformização das intervenções prestadas no peri-operatório e avaliação dos resultados.

Tendo em conta o acima exposto, é nosso objetivo estudar a intensidade da dor pós-operatória e como esta se relaciona com os seguintes fatores: género, idade, tipo de anestesia e adesão às medidas terapêuticas, em utentes submetidos a cirurgias de ambulatório da especialidade Cirurgia geral.

A questão central que orientou esta investigação vai de encontro a um tema que, para o investigador, é um assunto produtor e de elevada relevância académica e cujo estudo contribuirá para a melhoria dos cuidados de enfermagem peri-operatórios, nomeadamente, no *follow-up* da dor pós-operatória em utentes de cirurgia de ambulatório do bloco operatório do Serviço de Cirurgia de Ambulatório (SCA) de um hospital do norte de Portugal, local de trabalho do investigador. Acredita-se que a prevenção, em tempo útil, ajuda a reduzir as complicações cirúrgicas associadas à alta prevalência e intensidade de dor pós-operatória.

Por esta ordem de ideias, a partir deste estudo, pretendeu-se perceber qual a intensidade de dor pós-operatória, nas primeiras 24 horas, em utentes submetidos a cirurgia geral, sendo que o objetivo geral que orientou o mesmo foi monitorizar o nível de dor pós-operatória, nas primeiras 24 horas, em utentes submetidos a cirurgia geral.

O trabalho foi dividido em três capítulos principais, sendo que no primeiro se apresentou um enquadramento teórico e concetual que sustenta todo o trabalho de investigação realizado. Abordou-se o conceito de dor, mas também os seus mecanismos e os diferentes tipos, não se descurando a cirurgia de ambulatório e o papel desempenhado pelo enfermeiro no *follow-up* da dor pós-operatória.

No segundo capítulo procedeu-se à apresentação da metodologia adotada, isto é, ao método e tipo de estudo, objetivos, participantes, instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos éticos e estatísticos realizados.

Por fim, o terceiro capítulo focou-se na apresentação dos resultados obtidos por meio da investigação, procedendo-se ao confronto dos mesmos com outras investigações. Rematou-se o trabalho com a apresentação das principais conclusões e limitações do estudo.

Capítulo Um

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 -DOR

São vários os trabalhos de investigação que, ao longo dos tempos, estudaram a dor, reconhecendo-se que a sua compreensão é fundamental para se reunirem estratégias para o seu controlo e tratamento.

Assim, importa compreender a evolução do conceito de dor, os componentes fisiológicos e psicológicos, a tipologia, as características, os instrumentos de avaliação, o tratamento farmacológico e não-farmacológico e a avaliação da dor como o 5º sinal vital. A dor é um dos principais focos da prática dos enfermeiros, desde a sua correta identificação, à avaliação e diagnóstico. Não se trata de uma tarefa fácil, é de extrema importância e é indispensável por diversas razões: por razões éticas, de modo a evitar o sofrimento do utente; por razões preventivas, com vista a evitar complicações associadas à dor não tratada; e por razões de ordem socioeconómica (absentismo laboral, escolar, aumento do tempo de internamento, da morbilidade e mortalidade)(Batalha, 2016).

1.1 -CONCEITO E EVOLUÇÃO

Desde o início da Humanidade que a dor tem sido companheira, não desejada, do Homem. Tal como Martins e Travanca (2003, p. 23) salientam, “é uma experiência que se inscreve na nossa história humana desde cedo e que de forma marcante induz o nosso comportamento, tornando essa experiência única e singular”. No entanto, ao longo dos séculos, a tentativa de compreender e controlar este sintoma conduziu à melhoria do seu diagnóstico e à evolução do seu tratamento (Karklis e Ferreira, 2011).

Durante muito tempo foi aceite como uma fatalidade, descrita ora como punição, ora como uma purificação, ou ainda como presença de um espírito maléfico. Os povos primitivos compreendiam a dor através da magia, relacionando-a com demónios e espíritos malignos e cujo tratamento assentava em evocações religiosas e poções

mágicas (Cailliet, 1999).

Nas sociedades antigas, como a Egípcia, continuou a entender-se a dor como um castigo dos deuses, dando significado à origem da palavra dor que, etimologicamente, encontra a sua origem no latim – derivando da palavra *poena*, que significa punição, castigo– e a qual foi evoluindo ao longo do tempo, passando para *peine*, *paynee* e por fim, *pain* (Lemos, 2007; Warfield e Fausett, 2004). Esta interpretação da dor permaneceu até ao nascimento da medicina Hipocrática, em 400 a.C.¹, altura em que o conceito de dor sofre uma profunda mudança com a rejeição das teorias mágicas e religiosas, surgindo uma explicação racional através da observação clínica das doenças que resultam das alterações dos humores do organismo por influência de fatores externos. Hipócrates foi pioneiro na utilização do ópio como analgésico e ainda para suprimir a dor cirúrgica, a utilização de uma técnica rudimentar de anestesia, a compressão das carótidas (Karklis e Ferreira, 2011).

Os homens devem saber que é do cérebro e só do cérebro que nascem os nossos prazeres, alegrias, risos e gestos, tal como as nossas tristezas, dores, desgostos e lágrimas. Através dele, em particular, nós pensamos, vemos, ouvimos e distinguimos o bonito do feio, o mal do bem, o agradável do desagradável (...) (Hipócrates, século V a.C. citado por Caseiro, 2004, p. 12).

A evolução do conceito mantém inúmeras transformações, ora considerando a dor como uma emoção, com origem no coração, ora como sensação, produzida no cérebro, tal como Galeno a definiu. Aliando a anatomia e a fisiologia, estabelecendo as diferenças entre os vários tipos de nervos, Galeno descreveu a dor neuropática como uma sensação resultante da tensão de toda a extensão do nervo quando este se rompe (Karklis e Ferreira, 2011).

Um novo impulso no conceito surge no Renascimento, com Leonardo da Vinci a apresentar o conceito anatómico e fisiológico atual da dor, entendendo que esta se trata de uma sensação que se transmite através do sistema nervoso. Contudo, a teoria contemporânea da dor encontra a sua origem na Teoria de Descartes (1664), que concebe a dor como um sinal de alarme do corpo e o sistema doloroso com um canal direto da pele ao cérebro, permitindo à neurociência explicar os mecanismos da dor (Warfield e Fausett, 2004).

Mais tarde, no século XIX, a utilização de agentes químicos no controlo da dor,

¹ Antes de Cristo.

tais como, a morfina, o clorofórmio, o óxido nitroso e o éter foi outro grande marco. Crawford Long, em 1842, realizou a primeira administração de éter como anestésico para uma exérese de um tumor do pescoço. Quatro anos mais tarde, em 1846, William Morton, um dentista de Boston, fez uma demonstração pública, no Massachussets General Hospital, da eficácia da inalação de éter como anestésico geral. Na mesma época, o cirurgião plástico Differbach declarou na Alemanha: “O sonho maravilhoso de a dor ter sido retirada de nós tornou-se realidade. A dor deve agora curvar-se ao poder da mente humana, ante ao poder do vapor de éter” (Karklis e Ferreira, 2011).

A partir dos trabalhos destes precursores desenvolveram-se numerosos estudos sobre outros aspetos da dor tais como a influência da personalidade, da cultura e do meio social. Os factos demonstram que a dor é muito mais variável e modificável do que geralmente se pensava no passado. Difere de pessoa para pessoa e entre culturas. Assim sendo, a perceção da dor não pode, pois, definir-se unicamente em termos de tipos particulares de estímulos. Trata-se mais de uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural e do significado atribuído à situação, e de outros fatores essencialmente individuais (Cailliet, 1999).

No século XX, nomeadamente, entre as décadas de 1950 e 1960, John Bonica destaca-se pelo seu contributo na compreensão da dor, tendo influenciado o estudo e o tratamento da dor com a formação da primeira Clínica da Dor. Para este anestesista, a dor prolongada no tempo tornar-se-ia numa patologia crónica, pelo que necessitaria de uma abordagem multidisciplinar (*idem*). Ainda nos anos 60, Melzack e Wall (1965) também se dedicaram ao estudo da dor e através da Teoria do Controlo do Portão contrariam a noção de uma via específica rígida de dor, tal como descrita por Descartes, e contribuem com a teoria que apresenta uma conceção sofisticada da modulação das mensagens dolorosas (Metzger [et al.], 2002).

A este respeito, Ferreira (2009) constatou que, embora existam várias definições e conceitos de dor, existe um conjunto de fatores – físicos, psicológicos, emocionais, sociais e culturais – que são reconhecidos e comuns à generalidade destas definições. Estes factos confirmam a ideia de Melzack e Wall (1989), os quais entendem a dor como um fenómeno multidimensional e que contempla estimulação física, bem como alterações anatómicas e fisiologia sensorial.

O quadro que se segue faz referência a autores do século XX, que se destacaram pela sua dedicação ao estudo da dor e que contribuíram para a evolução e para um maior

entendimento da dor.

Quadro 1. - Definições de dor por autores do século XX

Barber (1959)	A dor como a resposta a um estímulo nocivo normalmente inclui pelo menos quatro componentes: a sensação de dor, desconforto, movimentos de retirada e algumas modificações fisiológicas mensuráveis, tais como uma alteração na pressão arterial.
Sternbach (1968)	A dor como: (1) um conceito abstrato que remete para a sensação pessoal de estar magoado; (2) um estímulo nocivo que assinala a ameaça de dano ou o dano efetivo do tecido; (3) um padrão de respostas que funcionam para proteger o organismo do dano.
Zborowski (1978)	As respostas de comportamento num indivíduo com dor incluem: (1) respostas motoras (mover o corpo, ou partes do corpo, andar, saltar, torcer o corpo, cerrar os dentes); (2) respostas vocais (chorar, gritar); (3) respostas verbais (queixar-se, falar da dor, pedir ajuda); (4) respostas sociais (alterações do padrão de comunicação, as mudanças nos hábitos sociais ou a aparência pessoal); (5) a ausência de comportamento manifesto de dor (esconder a dor ou suprimir sinais exteriores de dor).
Chapman (1990)	A dor como uma constelação de experiências sensoriais, emocionais e mentais desagradáveis e de determinadas respostas autónomas psicológicas e comportamentais que lhes estão associadas, provocadas por ferimento, doença ou inflamação.

Fonte: Ferreira, 2009

Portanto, ao longo dos tempos foram vários os autores que se dedicaram ao estudo da dor, o que resultou na existência de uma vasta panóplia de conceções e definições de dor, assistindo-se também ao surgimento de instituições focadas no seu estudo, como o caso da *International Association for the Study of Pain* (IASP), fundada em 1973. De acordo com a IASP, que apresentou uma definição revisada de dor muito recentemente, em 2020, a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante aquela associada a dano real ou potencial do tecido”, acrescentando ainda seis notas que complementam esta definição e que proporcionam um melhor entendimento do conceito de dor (IASP, 2020):

- A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em vários graus, por

fatores biológicos, psicológicos e sociais;

- Dor e nociceção são fenómenos diferentes, sendo que a dor não pode ser inferida, apenas, pela atividade dos neurónios sensoriais;
- Através das suas experiências de vida, os indivíduos aprendem o conceito de dor;
- O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado;
- Embora a dor, geralmente, desempenhe um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico;
- A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar dor, pelo que a incapacidade de se comunicar não nega a possibilidade de que um ser humano, ou um animal não humano, experimente dor.

Trata-se de um fenómeno subjetivo, o qual resulta das experiências aprendidas ao longo de toda a vida e que influenciam a reação à dor (McGillion e Watt-Watson, 2010). Qualquer dor de intensidade moderada ou intensa, é acompanhada de ansiedade e de desejo de a interromper. Estas características ilustram a dualidade do fenómeno. Tanto é uma sensação como também é uma emoção (Fields e Martin, 2008).

Também o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), distingue vários tipos de dor, descrevendo as características e a origem de cada um, facilitando o seu diagnóstico, avaliação e respetivo tratamento. Segundo a CIPE (CIE, 2016), a dor corresponde a:

Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento distração, inquietação e perda de apetite (CIE, 2016, p. 53).

A DGS também sublinha a subjetividade inerente ao conceito de dor, explicando que "a dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a sua existência quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam" (DGS, 2001, p. 5). Ou seja, a dor é subjetiva e depende da pessoa que a sente, como nos descreve e avalia e é também multidimensional, pois trata-se de um fenómeno complexo, resultante de várias vertentes – biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais – do indivíduo.

De facto, a tarefa de definir dor é bastante complexa, resultado da multiplicidade de fatores que nela intervêm e das dimensões que abrange, estando em causa um fenómeno multifatorial que é influenciado por fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, bem como pela interação entre eles (Ferreira, 2009). Por isso mesmo, concorda-se com Paulino (2015, p. 3), quando afirma que “a dor é um fenómeno percetivo complexo, subjetivo e multidimensional. A dor implica o Homem na sua totalidade, não é só um acontecimento fisiológico, é uma experiência existencial. A dor não é só sofrimento do próprio, mas também sofrimento dos próximos”.

1.1.1 -CLASSIFICAÇÃO DA DOR EM FUNÇÃO DA DURAÇÃO: DOR AGUDA E DOR CRÓNICA

A dor é um fenómeno sensorial (Guyton e Hall, 2006) e universalmente conhecido, mas é também subjetiva e constitui uma perceção particular de cada indivíduo. Segundo a literatura que versa sobre o tema, a dor pode ser classificada em função da sua duração e, por isso, podemos distinguir dor aguda de dor crónica.

De uma forma muito simples, a dor aguda surge subitamente e é como que um alerta do organismo, isto é, como um indicador de uma eventual lesão, resultado de um processo patológico e, sendo autolimitada, desaparece quando a lesão é tratada (McGillion e Watt-Watson, 2010; Varandas, 2013). Este tipo de dor é, sempre, provocado por uma lesão tecidular e traduz-se na manifestação do estímulo nocetivo que essa mesma lesão provoca (Metzger [et al.], 2002). Ou seja, a dor aguda revela que ocorreu uma lesão e induz o indivíduo na defesa, fuga ou remoção do agente causal da dor (Teixeira [et al.], 2006). Assim sendo, pode ser entendida como um sintoma que tem uma finalidade biológica, a de preservar a integridade do organismo, apresentando efeitos benéficos, mas, concomitantemente, efeitos negativos e que são prejudiciais para o indivíduo (Metzger [et al.], 2002). Desta forma, a dor aguda é:

uma dor gerada por um estímulo de dor que excita os nociceptores, os quais transmitem estímulos até à medula espinal. O estímulo doloroso pode então ser desviado para um neurónio motor, suscitando uma resposta reflexa como a retirada de um membro. A dor é, depois, transmitida para as estruturas supramedulares envolvidas no processamento da dor e chega até ao cérebro, onde é percecionada como dor (Varandas, 2013, p. 21).

De acordo com autores como Metzger [et al.] (2002) e Kazanowski e Laccetti (2005), o estímulo nocicetivo tem sempre impacto, deixando marcas mnésicas irreversíveis, somatossensoriais e afetivas, sendo crucial tratar este tipo de dor, mesmo que esta, naturalmente, se possa ir atenuando ao longo do tempo e desaparecer. Segundo Batalha (2010, p. 23),

atualmente, admite-se que a resposta comportamental à dor aguda seja bifásica. A primeira fase é caracterizada pela expressão de comportamentos associados ao stress (agitação, hipermotricidade dos membros, crispação, choro e gritos) e sinais fisiológicos (elevação da tensão arterial, pulso, frequência respiratória, sudorese...).

A literatura sobre o tema revela que no utente com dor aguda, as principais repercussões refletem-se em alterações neurovegetativas indicativas de sinais de alerta (Sallum, Garcia e Sanches, 2012). O utente com dor aguda apresenta mudanças ao nível da rotina das suas atividades, e a dor, que vai aumentando de modo gradual, torna-se mais intensa, impedindo-o de realizar com sucesso as suas tarefas diárias. No que respeita às manifestações psicológicas mais comuns em utentes com dor aguda, destaca-se a ansiedade e, por vezes, a angústia nomeadamente quando a causa se deve a uma patologia interna por diagnosticar, o que favorece a ativação de processos cognitivos (Metzger [etal.], 2002; Kazanowski e Laccetti, 2005).

Por sua vez, a dor crónica persiste por um período superior a três meses (McGillione Watt-Watson, 2010), embora se encontrem opiniões diversas, como a de Angellotti (2007), por exemplo, que refere que a dor crónica tem uma duração que não ultrapassa os seis meses, é pontual e pode ser provocada por traumas ou estar associada a diferentes patologias.

A dor crónica pode ser provocada por um estímulo nocicetivo persistente, uma lesão do sistema nervoso ou uma patologia do foro psicológico, sendo frequente a interligação destes mecanismos, sendo uma dor real e que perdura ao longo do tempo (CatalanoeHardin, 2004; Varandas, 2013). Por norma, é superior a três/seis meses (Varandas, 2013) e tem um grande impacto na qualidade de vida dos utentes, assim como na sua adesão à terapêutica (D'Arcy, 2011). De acordo com Sallum, Garcia e Sanches (2012), este impacto faz-se sentir a diversos níveis, nomeadamente, a nível emocional, cultural, socioafetivo, psíquico, entre outros.

Ferreira e Pereira (2010, p. 16), explicam que

a dor crónica, definida como a dor que não diminui, uma vez que não responde aos tratamentos, que persiste por um longo período e desenvolve fenómenos de aprendizagem e condicionamento, provoca no paciente alterações ao nível da atividade física, sono, vida sexual, trabalho, lazer, alteração do humor e autoestima, pensamentos negativos, desesperança e alterações nas relações familiares.

Este tipo de dor (crónica) provoca profundas transformações no indivíduo, especialmente devido ao sofrimento e limitações que causa nas atividades da vida diária (AVD) do indivíduo e a cronicidade da experiência dolorosa torna diferente a expressão do doente em relação à dor, principalmente durante a restrição das AVD, sendo imprevisível e autolimitante (Varandas, 2013).

Atendendo ao estudo realizado por Sallum, Garcia e Sanches (2012), cujo objetivo visado foi identificar as repercussões orgânicas, emocionais e psíquicas em utentes com dor aguda e dor crónica, bem como o de apontar os principais instrumentos de avaliação para as mesmas, concluíram que, na avaliação da dor aguda devem ser tidos em conta

aspectos relacionados às condições da lesão ou doença como local, aspeto, evolução; as características da dor como início, local, intensidade, qualidade, periodicidade, duração, padrão evolutivo, fatores de piora e melhora, sintomas associados, alívio obtido após condutas farmacológicas e não farmacológicas; respostas neurovegetativas de natureza física, emocional e comportamental como ansiedade, agitação psicomotora, raiva, hostilidade, entre outros e os prejuízos anteriormente mencionados (Sallum, Garcia e Sanches, 2012, p. 153).

Por sua vez, de acordo com as mesmas investigadoras, que também se basearam nas ideias de outros teóricos, na avaliação da dor crónica

destacam-se aspetos de avaliação em componentes psíquicos, socioculturais, estado emocional, alteração de personalidade e conduta (perdas e ganhos), relações familiares, de trabalho, lazer, crenças, adesão ao tratamento farmacológico e em outras terapias não medicamentosa (*ibidem*).

Com frequência, e durante a avaliação, não ocorre alteração significativa dos sinais vitais ou de outros parâmetros fisiológicos observáveis, sendo a sensação de fadiga, a alteração do estado emocional e o isolamento social os aspetos que mais prevalecem nos utentes com dor crónica (Kazanowski e Laccetti, 2005).

A dor tem sido descrita como simplesmente aquilo que o indivíduo que a experimenta diz que é (McCaffery, 1968). Por ser uma experiência subjetiva, a intensidade, as durações, bem como o significado atribuído, são determinadas pelo indivíduo. Apesar da dor se caracterizar por alguns sinais e sintomas objetivos, não é possível, contudo, fazer suposições de que todos os indivíduos exibirão sinais objetivos como parte da experiência da dor. Os utentes descrevem a experiência da dor como um desconforto agudo ou crónico e na avaliação descritiva verifica-se que é frequente o tipo e a intensidade da dor serem descritos como agonia, tração, pressão, queimadura, em ferroadas, perfurante ou penetrante, imprecisa, entre muitos outros termos. Deste modo,

a avaliação da dor aguda é mais simples se comparada a avaliação da dor crónica e na prática clínica destacam-se a intensidade da dor, alterações neurovegetativas e medidas relacionadas ao tratamento medicamentoso. Na dor crónica indica-se a utilização de instrumentos multidimensionais que permitem avaliar a questão algica de forma mais complexa e abrangente (Sallum, Garcia e Sanches, 2012, p. 153).

Por fim, é ainda importante ter a noção de que, em determinado momento, pode haver a coexistência de mais de um tipo, sensação ou origem da dor no utente e por isso mesmo, este é um fenómeno que deve ser cuidadosamente avaliado visando o correto planeamento das intervenções a realizar para o alívio da dor (Kazanowski e Laccetti, 2005). Os sintomas relativos a estas classificações da dor são diferentes e as intervenções possíveis para o seu controlo e alívio são várias e para além disso, a reação emocional do utente também se altera em resposta à agudização ou à cronicidade da dor.

1.2 -FISIOPATOLOGIA DA DOR

A fisiopatologia da dor diz respeito ao conhecimento e compreensão das estruturas do sistema nervoso do indivíduo, o qual abrange o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP), mas também dos vários mecanismos dos diversos neurotransmissores, sendo devido a eles que sentimos dor, já que são eles que estimulam os nociceptores (Gyton, 1996).

A compreensão do processo de perceção e transmissão da dor foi-se modificando ao longo do tempo e a evolução do conhecimento nesta área veio reforçar a ideia da complexidade fisiopatológica da dor, tratando-se de

um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a deteção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, por forma a desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura. (...) Porém, cumprida esta função vital de sinal de alarme, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2008, p.5).

A compreensão da dor é extremamente complexa e, por isso mesmo, a fisiopatologia da dor, tal como a semiologia e a terapêutica da dor, devem integrar o ensino de todos os profissionais que fazem parte da prestação de cuidados de saúde (Lopes, 2003), devem ser objeto de estudo e fazer parte das unidades curriculares do ensino do curso de Enfermagem. Além disso, em concordância com Lopes (2003, p. 1),

a dor continua a constituir uma das principais causas de procura daqueles profissionais por parte da população em geral, e o seu tratamento inadequado, para além dos enormes custos socioeconómicos que acarreta, constitui um sofrimento eticamente inadmissível, numa época em que mais de 90% dos quadros algícos podem ser controlados eficazmente com os meios terapêuticos à nossa disposição.

Consciente de que para se compreender a fisiopatologia da dor é necessário conhecer os vários eventos e aspetos que estão na origem do fenómeno, de seguida, proceder-se-á à classificação da dor em função da sua fisiopatologia. E posteriormente, daremos ênfase aos vários aspetos que estão presentes neste fenómeno sensitivo-doloroso.

1.2.1 - CLASSIFICAÇÃO DA DOR: DOR NOCICETIVA, DOR NEUROPÁTICA E DOR PSICOGÉNICA

A dor, além de poder ser classificada em função da sua duração – aguda ou crónica –, também pode ser classificada em função da sua fisiopatologia: nociceptiva; neuropática; psicogénica.

A dor nociceptiva surge perante uma ativação fisiológica dos recetores ou da via dolorosa, sendo uma dor relacionada com lesões de tecidos musculares, ósseos e ligamentos (Schestatsky, 2008), ou seja, decorre da excitação das vias nociceptivas, a qual se dá por meio da estimulação dos nociceptores. Portanto, em relação à dor nociceptiva

ocorrendo traumatismo, os recetores nociceptivos modificam-se lentamente, gerando dor prolongada em decorrência da alteração da sua estrutura anatômica e funcional e da liberação de substâncias algiogénicas nos tecidos. A sensibilização dos neurónios periféricos gera hiperalgesia termomecânica primária e a dos neurónios centrais hiperalgesia mecânica secundária. As anormalidades neuroplásticas segmentares e supra-segmentares são responsáveis pela sua cronificação. As normalidades comportamentais psíquicas primárias ou secundárias e a adoção de comportamentos anormais pelo reforço da condição de mal-estar contribuem para sua cronificação (Teixeira, 2001, p. 331).

Atendendo à natureza da dor nociceptiva, podemos distinguir entre dor superficial, de dor visceral e de dor somática.

A dor superficial, ou cutânea, é bastante comum e tem origem na estimulação de nociceptores superficiais no tecido cutâneo, como a pele ou as membranas mucosas, áreas ricas em fibras aferentes e, como tal, abrange inúmeros recetores nervosos, pelo que a dor experimentada pode ser grave ou intensa (Kazanowski e Laccetti, 2005). Além disso, a dor superficial pode resultar de uma lesão mecânica – por exemplo, arranhão, abrasão e compressão –, como de uma lesão térmica (calor ou frio) e/ou de uma lesão química.

Ainda no domínio da dor superficial, importa salientar que esta é descrita, com frequência, por dois padrões distintos. Num primeiro padrão poderá ter um início agudo e rápido no emergir da lesão, sendo acompanhada da sensação aguda, perfurante ou de queimadura; num segundo padrão poderá surgir muito após o evento doloroso e poderá ser acompanhado por uma sensação mais profunda de queimadura, mais prolongada e mais difícil de controlar (*idem*).

Já a dor visceral tem origem nos nociceptores mais profundos e está relacionada com um órgão específico (*idem*), sendo também descrita como uma dor de difícil localização, de carácter vago, difuso, persistente e de fraca definição sensorial (Carr [et al.], 2005; Grunenthal, 2012 citado por Varandas, 2013). Este tipo de dor corresponde a uma sensação que, tendo origem num sistema de órgãos ou região do corpo, é percebida

pelo utente como ocorrendo numa outra região, como é o exemplo da dor lombar (que integra o conjunto de sintomas de uma colecistite). Segundo Varandas (2013, p. 24),

o impacto da dor visceral está atualmente bem definido, como vários exemplos o demostram: a isquemia miocárdica da aterosclerose, a maior causa da dor cardíaca; pedras uretrais e nos rins produzem cólicas descritas como uma das formas mais intensas da dor que qualquer ser humano pode experimentar; síndrome do intestino irritável; ou a dismenorreia que causa dores abdominais e pélvicas intensas em cada ciclo menstrual, que afetam 50% das mulheres menstruadas.

Contudo, tal como Kazanowski e Laccetti (2005) indicam, esta sensação de dor numa região corporal, que não a da sua origem, pode complicar o diagnóstico ou até mesmo retardar a procura de cuidados de saúde.

A dor somática tem origem nos nociceptores mais profundos, mas é estrutural (*idem*), ou seja, tem origem nos músculos, ossos, pele e articulações, sendo de difícil localização e descrita como intensa e cortante (Varandas, 2013). Segundo os mesmos autores, Kazanowski e Laccetti (2005), este tipo de dor tem uma localização mais indefinida, estando associada a traumatismo, atividade física ou postura.

Reconhecendo os vários tipos de dor nociceptiva – superficial, visceral e somática – Marques (2009) destacou as várias características comuns aos três tipos de dor nociceptiva:

- A dor localiza-se na zona da lesão e aumenta com a mobilização da mesma;
- Existem, sobretudo no caso de patologia visceral primária, dores referidas nos territórios somáticos que partilham os mesmos mielómeros;
- A dor quando é intensa, é acompanhada de manifestações neurovegetativas e provoca insónia;
- O doente encontra facilmente palavras para descrever o aspeto sensorial, porque todas as pessoas já sofreram na vida dores nociceptivas (Marques, 2009, p. 55-56).

A dor neuropática é entendida como o efeito de uma lesão ou de uma disfunção do SNC ou do SNP (Quintal, 2004; Vitor [et al.], 2008), no entanto, o diagnóstico da dor neuropática é difícil, na medida em que não se consegue mensurar, de modo objetivo, a sensação dolorosa (Schestatsky, 2008).

Acerca da dor neuropática, Metzger [et al.] (2002) distinguem as dores neuropáticas relacionadas com uma lesão/irritação dos nervos periféricos, de origem traumática, tóxica, metabólica, isquémica, imuno-alérgica, infecciosa, de dores

neuropáticas centrais. Deste modo, a dor neuropática é a dor por desaferentação e esta manifesta-se em utentes com lesões no SNP, medula espinal, tronco encefálico e encéfalo (Tasker e Dostrovski, 1989), mas pode também ser a dor neuropática de origem central (Teixeira, 2001). No que respeita às dores neuropáticas centrais, destacam-se as lesões traumáticas, bem como as dores que surgem depois da amputação, doença de Parkinson, tumores de origem encefálica e epilepsia (Costa, 2009).

A generalidade das dores neuropáticas revela um comportamento crónico e apresenta diversas características que a permitem, de imediato, apontar várias características que são partilhadas pelas dores neuropáticas (Marques, 2009, pp. 58-59):

- A dor é sentida, essencialmente, no território do respetivo nervo – dor projetada;
- A dor, por vezes, pode ultrapassar esse território e estender-se segundo uma topografia em quadrante que segue a distribuição do sistema nervoso simpático;
- A palpação do local da lesão nervosa, desde que ela seja possível, provoca sensações estranhas, nomeadamente dores projetadas no território nervoso;
- As dores são contínuas e/ou associadas a paroxismos espontâneos ou provocados pelo movimento, o stress, a fadiga ou outros; as palavras mais frequentemente utilizadas pelos doentes para as descrever estão relacionadas, ao mesmo tempo, com o registo sensorial (queimaduras, câibras, formigueiros, picadas, choque elétrico, ferro em brasa...) e como registo emocional (fatigante, desgastante, deprimente...).

As dores neuropáticas têm especificidades terapêuticas e os psicofármacos são a escolha de primeira linha, sendo importante referir que os antidepressivos tricíclicos em doses reduzidas são eficazes em mais de metade dos casos de dores contínuas, enquanto os antiepiléticos são eficazes nas dores fulminantes (Metzger [et al.], 2002).

A dor *fantasma* constitui uma forma específica de dor neuropática, traduzindo-se na dor percebida pelo doente na região corporal amputada, tendo origem na lesão das fibras nervosas do coto, não sendo imaginação do utente (Marques, 2009) e segundo vários autores, pode iniciar-se logo a seguir à amputação (Ishijima [et al.], 1988). De acordo com Teixeira (2001, p. 331),

para a ocorrência de dor fantasma, concorre a hipoatividade dos mecanismos supressores segmentares. O traumatismo resultante da amputação gera hiperatividade nos circuitos auto-excitatórios

do CPME², do que se originam surtos de potenciais de ação que são conduzidos ao encéfalo.

A dor no membro fantasma é uma das principais causas da dor neuropática (Vitor [et al.], 2008), variando bastante, mas, por norma, é acompanhada de sensações similares às de outros tipos de dor neuropática, como queimadura e parestesias e podendo ocorrer, que o utente submetido a amputação possa mesmo sentir câibras ou posição desconfortável do membro amputado (Kazanowski e Laccetti, 2005).

As dores *sine matéria* traduzem-se em todas as situações de dor sentidas e expressas pelos utentes, as quais não têm qualquer explicação orgânica – tenham elas origem na lesão tecidular ou na lesão nervosa (Marques, 2009). Perante a ausência de algum prejuízo orgânico observável, estas queixas relativas à dor podem ser justificadas pela:

- Patologia rara desconhecida pelo médico e não identificada nos exames de diagnóstico;
- Patologia qualificada de funcional, como dores abdominais recorrentes, cefaleias, que se enquadra nas afeções psicossomáticas, uma vez que os doentes que as referem, apresentam uma diminuição do nível de sensibilidade à dor e uma reatividade aumentada a todas as situações potencialmente conflituosas. A hipervigilância do funcionamento do seu corpo, bem como a profusão dos pormenores floreados das suas queixas representam pistas importantes para o diagnóstico;
- Uma verdadeira psicopatologia, em que as queixas dolorosas fazem parte do registo de expressão de histeria, em que o doente não fala do corpo, mas que comunica através dele, do hipocondríaco, que utiliza o corpo como defesa contra toda e qualquer intromissão na área psíquica e do depressivo cuja adinamia corporal revela a tristeza da sua vida (Metzger [et al.], 2002) (Marques, 2009, pp. 59-60).

Por último, mas não menos importante, a dor psicogénica decorre da ausência do processo lesional ou permanece mesmo depois de resolvido o processo lesivo (Varandas, 2013). Sustentando-se nas ideias de Binoche e Martineau (2006), Varandas (2013, p. 26) salienta que

geralmente esta dor, demonstra determinadas características, tais como localizações dolorosas frequentemente múltiplas, variáveis no tempo, por vezes dores ditas como sendo muito antigas, o doente geralmente faz descrições muito ricas, de forma imprecisa e sem causa somática, permitindo assim excluir alguns parâmetros do quadro clínico.

² Cornos Superiores Medulares.

Portanto, a dor psicogénica surge associada à existência de fatores psicológicos na origem da sensação dolorosa (Vitor [et al.], 2008). De seguida, o eixo da nossa atenção voltar-se-á para os diversos eventos que estão presentes no fenómeno sensitivo-doloroso que é a dor.

1.2.2 - PERCEÇÃO DA DOR

Para se compreender como decorre este fenómeno sensitivo-doloroso – a dor – é necessário perceber e conhecer quais os circuitos neuronais que estão presentes no mesmo e como é que estes se encontram organizados do ponto de vista funcional e concomitantemente, do ponto de vista anatómico. Além disso, é importante para se compreender os mecanismos de controlo da dor, assim como os analgésicos endógenos (Dourado, 2007).

A dor pode ser assumida como uma unidade de perceção e um sistema sensorial, como também pode ser encarada como sofrimento e doença (Zimmermann, 2004), no entanto, enquanto sistema sensorial, a dor está associada à sensação, emoção e cognição (LeBars e Willer, 2004).

A perceção da dor assenta numa série de mecanismos cerebrais onde se discrimina, descodifica e atribui significado à dor (Batalha, 2015), e ocorre através da nociceção, isto é, na transdução do estímulo doloroso do SNC através dos nociceptores (receptores especializados) e do processamento da informação nocicetiva, o que resulta na perceção consciente do fenómeno doloroso (Baldo, 1999; Furst, 1999).

A perceção deste fenómeno ocorre no córtex cerebral e é nele que termina a transmissão do estímulo doloroso (Varandas, 2013), iniciando-se nos nociceptores – receptores que se distinguem a nível morfológico – e que se encontram nas terminações livres das fibras nervosas aferentes (Furst, 1999). Este estímulo tem início no nociceptor periférico e faz o seu percurso através da espinal medula até chegar ao tálamo e a informação é avaliada e processada por meio das vias talamicocorticais, chegando à consciência e perceção (Varandas, 2013). Os nociceptores encontram-se na pele, vasos, músculos, articulações e vísceras (Julius e Basbaum, 2001).

De acordo com Cole (2010) existem sete centros do cérebro que estão implicados no processamento da dor: o tálamo; o córtex somatossensorial; o córtex pré-

frontal; o córtex insular; o córtex cingulado anterior; a amígdala; e o hipocampo. Assim sendo:

- O tálamo é uma estrutura essencial no que respeita à perceção da dor (Cole, 2010) e é crucial na integração do impulso doloroso (Vitor [et al.], 2008). Este é responsável pela transmissão de mensagens entre os neurónios de segunda ordem (situados no corno dorsal, nomeadamente nas lâminas I, II e V) (Almeida, Roizenblatt e Tufic, 2004) para outros neurónios que se encontram noutras partes do cérebro e que estão envolvidos no processamento da dor (Cole, 2010);
- O córtex somatossensorial é responsável pela localização da dor numa região específica do corpo, sendo que a mensagem é levada até ao córtex através da terceira ordem de neurónios (Cole, 2010). São os neurónios de terceira ordem que transmitem impulsos para o córtex cerebral, onde ocorre o processamento da informação nociceptiva e que se traduz na consciência da dor (Furst, 1999);
- Já o córtex pré-frontal está implicado no processamento dos aspetos afetivos da estimulação sensorial, bem como nos estímulos dolorosos e agradáveis (não com os neutros) (Cole, 2010);
- O córtex insular está associado à parte emocional da dor e o qual é importante para as experiências sociais (Cole, 2010);
- O córtex cingulado anterior, por sua vez, está voltado para a parte afetiva e desempenha funções ao nível da antecipação da dor e contribui para o desenvolvimento de respostas cognitivo-atencionais e motoras (Cole, 2010);
- A amígdala é outra parte do cérebro importante no processamento da dor, desempenhando um papel fundamental no processamento, memória e na elaboração de respostas emocionais à mesma (Cole, 2010);
- Por fim, o hipocampo está presente no desenvolvimento das respostas emocionais da dor (Cole, 2010).

Seguidamente, a atenção recai precisamente nos nociceptores e no processo de nociceção.

1.2.3 -NOCICEÇÃO E NOCICETORES

As vias nociceptivas abrangem os diversos elementos do sistema nervoso que detetam, transmitem, analisam e controlam as informações produzidas por uma lesão tecidular, assim como desenvolvem uma resposta adequada (Marques, 2009). Assim, o processo de nociceção traduz-se na capacidade que o organismo tem em perceber que um estímulo pode ser lesivo para os tecidos (Batalha, 2015), ou seja, que pode provocar uma lesão nos mesmos. Este processo compreende quatro eventos e eles são a: transdução; transmissão; modulação; e percepção (Costa, 2017; Golianu [et al.], 2000).

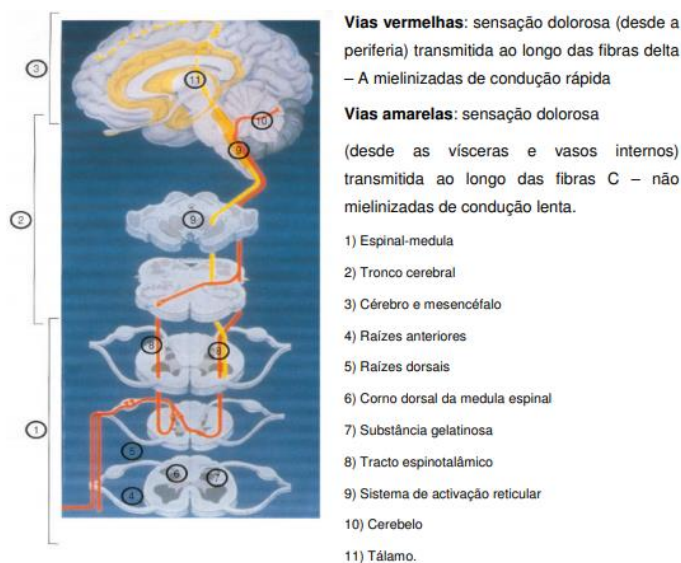
Nesta ordem de ideias, a transdução retrata o processo que ocorre nos nocicetores e onde o estímulo nocivo se transforma num influxo nervoso, isto é, num estímulo elétrico ou num potencial de ação (Batalha, 2015; Teixeira, 2001). É a primeira etapa da sequência de eventos que provocam a dor e ocorre nos nocicetores que se encontram em tecidos superficiais, profundos e vísceras, apresentando-se como terminações nervosas livres (Alves, [et al.], 2017).

A transmissão é o segundo evento que ocorre durante o fenómeno sensitivo-doloroso e traduz-se na condução do impulso elétrico através das vias nociceptivas (Batalha, 2015). Segue-se a modulação, a qual abrange um conjunto de mecanismos que amenizam ou aumentam os impulsos nociceptivos e embora estes mecanismos se possam passar a nível periférico ou a nível central, é o corno da espinal medula o local mais importante e onde decorre a modulação (Batalha, 2015). Trata-se de um fenómeno complexo, o qual altera a qualidade, severidade e duração da percepção da dor (Naidu e Pham, 2015).

Não menos importante, a percepção é o quarto evento que decorre no fenómeno doloroso e contempla uma série de mecanismos cerebrais em que se discrimina, descodifica e se atribui significado ao fenómeno doloroso (Batalha, 2015). Ou seja, a percepção da dor ocorre quando o neurónio de terceira ordem atinge o córtex cerebral (Naidu e Pham, 2015).

A figura que se segue é uma representação da via de transmissão dolorosa.

Figura 1. - Via de transmissão dolorosa



Fonte: Marques, 2009, p. 48

Os nociceptores, principais atores do processo de nociceção, correspondem a neurónios do SNP, os quais são responsáveis pela deteção e transmissão dos estímulos dolorosos (Lopes, 2003). Por outras palavras, trata-se de recetores que respondem a estímulos que ameaçam originar alguma lesão nos tecidos, isto é, no organismo (Dubin e Patapoutian, 2010; Farah e Ambiel, 2006).

Na verdade, os nociceptores desempenham um importante papel na perceção da dor, sendo responsáveis pela transmissão das informações dolorosas para a espinal medula por meio das fibras sensoriais aferentes (Lopes, 2003; Vitor [et al.], 2008). São três os tipos existentes de fibras sensoriais aferentes, também designadas de fibras sensitivas cutâneas (Lopes, 2003):

- As fibras A β , que são fibras mielinizadas e mais grossas, com diâmetro maior que 10 μ m, velocidade de condução de 30-100 m/s e que respondem à estimulação tátil, ou seja, conduzem de forma mais rápida a transmissão nocicetiva (Martelli e Zavarize, 2013; Vitor [et al.], 2008, p. 88);
- As fibras A δ , as quais são mielinizadas de diâmetro médio de 2-6 μ m, com velocidade de condução de 12-30 m/s e são responsáveis pela condução rápida do estímulo doloroso (*ibidem*);
- As fibras C, que são amielínicas e de diâmetro pequeno variando de 0,4-1,2 μ m, velocidade de condução de 0,5-2 m/s, são responsáveis pela condução lenta do

impulso doloroso (*ibidem*). São fibras amielínicas e que levam à sensação dolorosa (Lemos e Ambiel, 2010).

De acordo com Lopes, em termos fisiológicos, qualquer uma das fibras supracitadas

podem transmitir informação inócua, mas apenas as fibras C e A δ transmitem informação nocicetiva. Quando um estímulo nocicetivo é aplicado à pele, os nociceptores A δ são responsáveis pela dor aguda imediata, a qual é seguida por uma dor mais difusa provocada pela ativação dos nociceptores C de condução mais lenta. Em condições não fisiológicas, nomeadamente na presença de inflamação tecidular ou após lesão dos nervos periféricos, podem ocorrer alterações neuroquímicas e anatómicas dos neurónios A β , que podem provocar dor mediada por estes aferentes primários (Lopes, 2003, p. 3).

No entanto, se considerarmos todas as fibras nervosas, podemos dizer que existem cinco tipos distintos, conforme consta no quadro que se segue.

Quadro 2. - Tipos de fibras nervosas

	Fibras Aα (alfa)	Fibras Aβ (beta)	Fibras Aδ (delta)	B	C
Diâmetro	12-20	5-12	2-5	<3	0,4-1,2
Velocidade de condução (m/s)	70-120	30-70	12-30	3-14	0,5-2
Mielinização	Mielinizada	Mielinizada	Mielinizada	Pouco Mielinizada	Desmielinizada
Sensação percebida	Motora e proprioceção	Pressão, motora e proprioceção	Dor, frio, tato	Fibra autonómica pré-ganglionar	Dor, frio, quente, tato

Fonte: Morgan e Mikhail, 2003; Teixeira, 2008.

Na verdade, quanto mais se avança neste enquadramento teórico, mais fácil e mais evidente se torna a complexidade inerente à compreensão da dor, reconhecendo-se que a sua compreensão implica e exige o conhecimento dos mecanismos que a geram. Isto porque,

um melhor conhecimento dos mecanismos geradores de dor e suas consequências para a saúde das pessoas é muito importante para que se possa compreender os fundamentos das ações na prática clínica e se implementem cuidados personalizados, globais e multimodais que permitam a prevenção e/ou o tratamento eficaz da dor (Batalha, 2015, p. 2).

1.2.4 - ÁREA SENSITIVA PRIMÁRIA

A área sensitiva primária é composta pelo corno dorsal da espinal medula e pelo seu homólogo bulbar (representado pelo núcleo espinal do nervo trigémeo) (Lopes, 2003), sendo nesta área que

terminam os prolongamentos centrais dos neurónios aferentes primários, que transmitem a informação sensitiva proveniente da periferia, estabelecendo sinapses com interneurónios locais, que modulam aquela informação, e com os neurónios espinhais de projeção, que a transmitem para os níveis superiores do sistema nervoso central (Lopes, 2013, p. 13).

É no corno dorsal da espinal medula que se inicia o processo de integração e processamento da informação sensorial (Varandas, 2013), e é no interior da espinal medula que se encontra a substância cinzenta, o local onde residem os neurónios e onde as informações são processadas.

A substância cinzenta encontra-se dividida, atendendo às suas características citoarquitetónicas, em 10 lâminas (Wright, 2002), constatando-se que:

- As lâminas de I a VI constituem o corno dorsal, sendo de destacar dois aspetos: a lâmina I é a mais dorsal e a lâmina VI apenas está bem diferenciada nos alargamentos cervical e lombar da espinal medula (Lopes, 2003; Wright, 2002);
- As lâminas de VII a IX compõem a zona intermédia e o corno ventral (Lopes, 2003);
- A lâmina X é a zona que rodeia o canal central (Lopes, 2003).

O corno dorsal está dividido em três regiões principais – a zona marginal, a zona da substância gelatinosa e o núcleo *proprius* (Varandas, 2013) – importa referir que a lâmina I pode ser designada de zona marginal; a lâmina II, por sua vez, corresponde à substância gelatinosa e, por fim, as lâminas III e IV constituem o núcleo próprio da espinal medula (Lopes, 2003).

Segundo a figura seguinte (figura 2), a qual retrata a substância cinzenta da espinal medula em 10 lâminas, encontram-se, do lado esquerdo os três tipos funcionais de neurónios espinhais:

- Inócuos (ou não nocicetivos);
- Nocicetivos específicos;
- De largo espectro dinâmico (WDR – *Wide Dynamic Range* ou multirecetivos) (Lopes, 2003).

Do lado direito da figura, encontra-se a distribuição laminar dos terminais centrais dos aferentes primários:

- As fibras A β ;
- As fibras A δ ;
- As fibras C (Lopes, 2003).

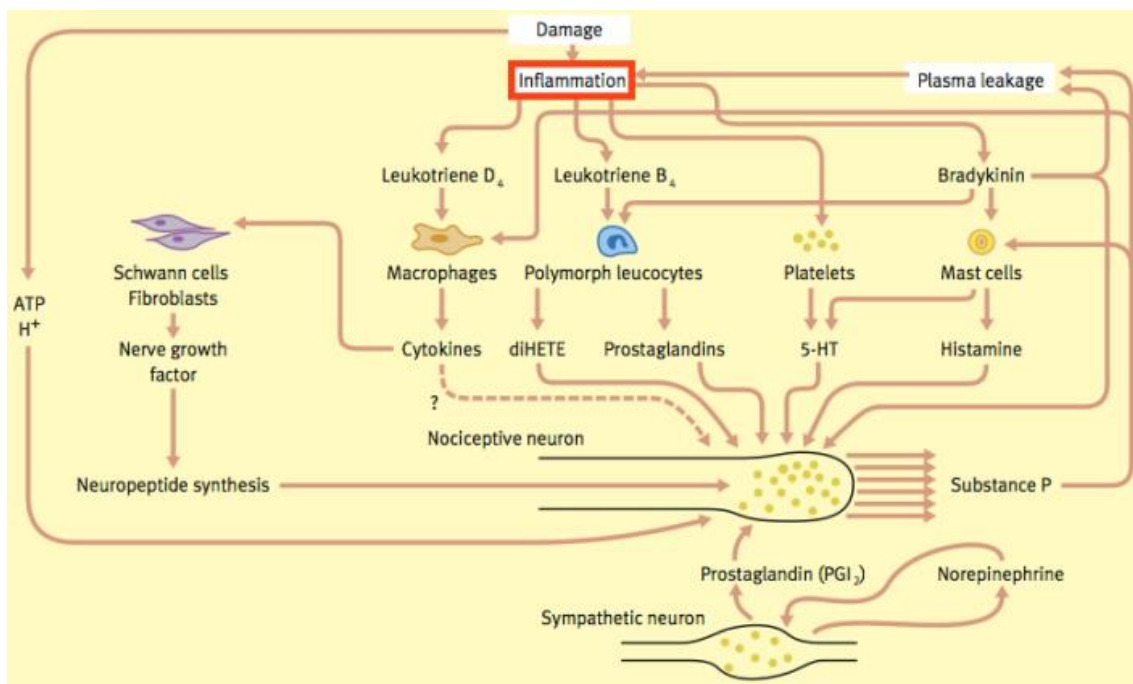
- 1.^a fase: Redução do limiar de estimulação dos nociceptores periféricos, o que passa pela intensificação da reação a estímulos nociceptivos e pelo desenvolvimento de atividade espontânea;
- 2.^a fase: Ativação de neurónios silenciosos;
- 3.^a fase: Inflamação neurogénica.

Do ponto de vista fisiológico, depois de ocorrer uma lesão tecidular ocorre uma reação inflamatória que implica a atuação dos aferentes sensoriais primários, como também de células imunitárias, das plaquetas e outros (Cunha, 2015).

Ao longo deste processo as fibras C são muito mais que recetores, na medida em que desempenham um papel ativo no local onde ocorre a lesão uma vez que libertam várias moléculas – SP (substância P), CGRP (peptídeo do gene relacionado à calcitonina), NkA (neurocinina) e NO (óxido nítrico) – e, as quais iniciam a sensibilização periférica (Cunha, 2015; Goicoechea e Martín, 2006).

A figura 3 representa a complexidade da reação inflamatória provocada pela lesão tecidular na sensibilização periférica.

Figura 3. - Reação inflamatória provocada pela lesão tecidular na sensibilização periférica



Fonte: Bridgestock e Rae, in Cunha, 2015

Por seu lado, a sensibilização central, ocorre depois do estímulo intenso ou repetitivo do nociceptor estar presente na periferia, provocando um aumento reversível na excitabilidade e na eficácia sináptica dos neurónios das vias nociceptivas centrais (Ashmawi e Freire, 2016).

A sensibilização central, que se traduz numa alteração do estado funcional dos neurónios e das vias nociceptivas, desenvolve-se em duas etapas (Cunha, 2015):

- 1.^a fase: Estímulos, continuamente dolorosos, provocam uma estimulação excessiva dos neurónios espinhais e supraespinhais, nomeadamente como resultado da ativação dos recetores NMDA (N-metil-D-aspartato) (principais recetores que atuam na sensibilização central) (Cunha, 2015);
- 2.^o fase: As mudanças da plasticidade aumentam a densidade dos recetores, isto é, aumentam o sinal nociceptivo que ocorre no corno dorsal da espinal medula, culminando no surgimento de hiperalgesia e alodínia (Cunha, 2015; Goicoechea e Martín, 2006).

Uma das principais causas que contribui para a sensibilização central é a persistência de um estímulo nódico periférico que prevalece na ativação continuada e persistente das fibras C, a uma baixa frequência e por um longo período, contribuindo para o aumento gradual da resposta eletrofisiológica nos neurónios pré-sinápticos do corno dorsal (Cunha, 2015; Moffat e Rae, 2010). Porém, apraz sublinhar o facto de que a lesão tecidual periférica não tem, necessariamente, de estar presente, ainda que o grau de estímulo nociceptivo, que origina a lesão tecidual, provoque, na maioria das vezes, a sensibilização central (Ashmawi e Freire, 2016). Desta forma,

É necessário distinguir os fenómenos de sensibilização central que ocorrem imediatamente após uma estimulação nódica aguda, mas que dela dependem exclusivamente e terminam pouco depois do fim da estimulação, não induzindo qualquer tipo de alteração duradoura ou permanente na capacidade funcional dos neurónios, dos fenómenos de sensibilização central, desencadeados por uma estimulação nódica mais prolongada, ou de alta frequência, que conduzem a alterações neuronais que perduram para além do período de estimulação e se tornam praticamente independentes da própria estimulação (Lopes, 2003, p. 18).

Portanto, os fenómenos de sensibilização central que ocorrem depois de uma estimulação nóxica aguda desempenham funções adaptativas, uma vez que contribuem para que surgimento de respostas reflexas e, simultaneamente, comportamentos protetores (Lopes, 2003). Por sua vez, os fenómenos de sensibilização central provocados por uma estimulação nóxica mais duradoura estão associados ao aparecimento de dor crónica e podem ser responsáveis pelas mudanças permanentes do sistema nociceptivo sem aparente finalidade fisiológica (Lopes, 2003).

1.3 -DOR PÓS-OPERATÓRIA

A dor é um fenómeno praticamente universal e previsível, em casos de intervenção e procedimentos cirúrgicos, reconhecendo-se que o principal medo apresentado pelos utentes submetidos a cirurgia é a dor, uma vez que a existência de dor provoca sofrimento e, ao mesmo tempo, expõe o utente a riscos (Pimenta [et al.], 2001).

A dor pós-operatória torna o utente mais vulnerável (Borgdorff, 2008), sendo que, no pós-operatório, o utente pode recuperar no recobro da unidade cirúrgica, ou pode regressar ao domicílio na mesma tarde ou ao anoitecer ou, até, pode necessitar de ser transferido para uma unidade de internamento e aí permanecer por tempo prolongado (Kazanowski e Laccetti, 2005).

O período pós-operatório corresponde ao momento de recuperação do utente relativamente à agressão cirúrgica e divide-se, por norma, em três fases:

- 1.^a fase - pós-operatório imediato: – correspondendo à reversão anestésica, fase pós anestésica, desde a sala operatória até ao recobro fase I e fase II (1-3 horas), podendo estender-se até 24 horas após a intervenção (Meier [et al.], 2017);
- 2.^a fase - pós-operatório mediato: corresponde ao período entre as 24 horas pós-cirúrgicas até ao momento da alta hospitalar;
- 3.^a fase - pós-operatório tardio: relativo ao período de convalescença, desde o momento da alta até à recuperação total.

O relatório final de 2015 da avaliação da situação nacional dos Blocos operatórios, citando (Kaye [et al.] 2012) descreve que:

a fase 1 [do pós-operatório imediato], representa a descontinuação da anestesia até ao momento em que o doente recupera a consciência, função respiratória e seus reflexos da via aérea, ou seja, recupera as

suas funções fisiológicas básicas. A fase 2 foca-se na preparação do doente, família e outros cuidados no âmbito ambulatório ou para uma enfermaria, cuidados intermédios ou cuidados intensivos. A fase 3 de recobro em ambulatório acontece fora da proximidade médica. Estende-se deste a alta hospitalar e compreende a fase de recuperação psicológica, social e física até ao regresso a atividade laboral ou vida autónoma do doente.

A dor pós-operatória é assumida como uma dor aguda decorrente de uma cirurgia, mas também pode ser influenciada pelo tipo de incisão, grau de lesão tecidular, pela duração ou pelo grau de retração intra-operatória (Conian e Diamond, 2001; Way e Domerty, 2004). Segundo a IASP, uma das principais causas de dor aguda é a dor pós-operatória. No cenário português, aproximadamente, 70% dos utentes submetidos a cirurgia, relataram dor no período pós-operatório (Castro [et al.], 2010a).

A literatura que disserta sobre este tema permite-nos encontrar várias definições de dor pós-operatória, sendo que, no Plano Nacional de Luta Contra a Dor, esta é definida como uma

dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas. A dor peri-operatória insere-se, assim, paradigmaticamente, no conceito de dor aguda, tal como a IASP – *International Association for the Study of Pain* – a definiu: Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal (Diniz, 2001, p. 27).

Segundo a CIPE, também é feita referência à dor por ferida, definindo-a como

dor cutânea: sensação de dor com origem numa ferida ou na periferia de uma ferida, consoante a natureza desta, habitualmente descrita como uma dor aguda, cortante ou lacerante ou como uma dor embotada, surda, incómoda, com hipersensibilidade, a menos que a lesão tenha destruído as terminações nervosas e as sensações de dor (CIE, 2016, p. 55).

Na verdade, a agressão cirúrgica envolve, frequentemente, estruturas da parede (pele, músculos, ossos, pleura e peritонеu), estruturas viscerais (trato gastrointestinal, trato biliar, entre outros) e estruturas nervosas e tal, leva à existência de quadros algícos que, em simultâneo, se acompanham de uma componente somática, visceral e neuropática (Teixeira, 2001).

Habitualmente, a dor aguda é proporcional ao grau de destruição tecidular e

desaparece com a resolução da agressão, refletindo sempre uma ativação dos nociceptores bem como uma patológica sensibilização periférica e central dos neurónios envolvidos. Assim, uma das faculdades do SNC é a de, perante uma agressão álgica, desenvolver um estado de sensibilização quer periférica, quer central, responsável por respostas anómalas ou exageradas (Caseiro, 2004).

Assim, perante o estímulo cirúrgico, gera-se um estado de sensibilização, primeiro periférico e, logo de imediato, central, que se traduz clinicamente por três estádios álgicos patológicos:

- A hiperalgesia primária: caracteriza-se por uma resposta exagerada aos estímulos nóxicos na área da agressão;
- A hiperalgesia secundária: esta resulta do alastramento dessa hipersensibilidade às áreas não agredidas, mas contíguas ao local da lesão;
- A alodinia: indica a existência de dor na sequência de estímulos de fraca intensidade que, em condições fisiológicas, não a provocariam (Caseiro, 2004).

Tendo em vista que a cirurgia corresponde a um procedimento invasivo, os utentes, na sua maioria, aceitam uma dor incisional, que ocorre secundariamente ao comprometimento da integridade da pele com a incisão cirúrgica. A dor incisional pode ser muito intensa, pois trata-se ou de uma dor cutânea ou de uma dor periférica, e porque a pele e os tecidos subcutâneos possuem grande número de nociceptores, os quais transmitem imediatamente a mensagem da dor para o SNC (Kazanowski e Laccetti, 2005). É um tipo de dor que, habitualmente, é definido como cortante, de cauterização, em queimadura e aguda, podendo ser mais intenso em determinadas regiões ou zonas do corpo (*idem*).

Por sua vez, os tipos de dor somáticos e viscerais são comumente associados à intervenção cirúrgica. Estes tipos de dor são o resultado da manipulação cirúrgica ou da remoção de órgãos-alvo com fins terapêuticos, bem como da pressão decorrente da manipulação dos tecidos periféricos, podendo também estar associados a edema, acumulação de líquido ou hematoma em torno da área cirúrgica (*idem*).

De acordo com alguns autores (Caseiro, 2004; Metzger [et al.], 2002), a dor aguda é hoje encarada como uma complexa e desagradável experiência emocional, sensorial e cognitiva, ocorrendo como resultado de uma lesão ou trauma tissular que, sendo a maioria das vezes nocicetiva, poderá também ser neuropática. E a dor

neuropática é outro tipo de dor frequentemente associada à cirurgia, que surge em consequência da rutura ou destruição cirúrgica de fibras nervosas, seja superficialmente devido à incisão, ou mais profundamente no interior do corpo. A dor neuropática pode também estar associada a pressão ou inflamação, como fatores de irritação nervosa na área cirúrgica.

Quanto à descrição do utente da dor neuropática, é comumente descrita como uma dor que tem uma qualidade quente, em queimadura, sendo de referir que é frequente que este tipo de dor resista às intervenções comuns para dor pós-cirúrgica, exigindo intervenções específicas (Kazanowski e Laccetti, 2005). Verifica-se também que é comum os utentes referirem dor ou sensações dolorosas que parecem não se relacionar com o procedimento cirúrgico, constatando-se que algumas queixas comuns se referem a dor de garganta, dor lombar ou nos membros e articulações (*idem*).

A dor lombar ou no ombro pode também estar associada à insuflação da cavidade abdominal com gás (pneumoperitoneu) durante uma cirurgia laparoscópica abdominal ou pélvica, pois embora grande parte do gás seja removido por sucção antes da oclusão final, algum gás livre vai permanecer na cavidade abdominal e, após o utente efetuar levante, o gás flui em sentido ascendente, exercendo pressão sobre o diafragma e criando a característica dor no ombro e na parte superior do tórax posterior (*idem*). Após a cirurgia, o utente pode também sentir uma dor ou cólica abdominal, especialmente na região inferior do abdómen, normalmente associada à diminuição da mobilidade, que se reflete na diminuição da motilidade intestinal. Também dor ao nível dos membros inferiores pode ocorrer após a cirurgia, especialmente quando o utente permanece imóvel por períodos prolongados e pode indicar trombose venosa profunda, uma complicação potencialmente perigosa da imobilização (*idem*).

A compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da dor, bem como o conhecimento das vias de transmissão da nociceção, o desenvolvimento de novas terapêuticas farmacológicas e inovadores métodos para a sua administração, exigem que os profissionais de saúde, em particular, os enfermeiros, os tenham em consideração na sua prática. Nesta ordem de ideias, constructos como o de abordagem multimodal exigem que se repense a forma de atuar perante a dor pós-operatória, principalmente em relação às intervenções não farmacológicas do domínio autónomo dos profissionais de enfermagem (Caseiro 2004; Pimenta [et al.], 2001).

São vários os estudos que foram realizados no âmbito da dor pós-operatória e,

em Portugal, Castro [et al.] (2010a) realizou um estudo onde participaram 1351 utentes de 12 unidades hospitalares, concluindo que a prevalência de dor, de intensidade moderada, no segundo dia do pós-operatório é de 71% e de intensidade severa em 25% dos utentes. Outro estudo, realizado por Sousa (2014), na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro de Saúde Militar de Coimbra, verificou que a dor aguda pós-operatória é a complicação mais apontada pelos participantes do estudo (75,6% da amostra). No mesmo sentido, Lopez [et al.] (2012) verificou que a primeira causa de admissão e de readmissão hospitalar após a cirurgia é a dor pós-operatória, sendo que a sua incidência ultrapassa os 30% em cirurgias de ambulatório.

Na revisão sistemática dos fatores que contribuem para a dor aguda pós-operatória, Hui Yun [et al.] (2009) destacaram como fatores da dor pós-operatória: o género feminino; a idade (prevalência da dor tende a ser mais alta nos jovens); presença de dor pré-cirúrgica; experiências cirúrgicas anteriores; duração da intervenção cirúrgica (quanto maior, maior a dor); ansiedade; índice de massa corporal (IMC) (quanto maior o IMC, maior a dor); tipo de intervenção cirúrgica.

Outro estudo, realizado por Souza [et al.] (2013), e com uma amostra constituída por 60 indivíduos – 30 homens e 30 mulheres –, revelou que apesar da intensidade máxima de dor ser atribuída às mulheres, os homens também sentem dor pós-operatória. O mesmo estudo revela ainda que foi necessário o recurso a analgésicos, com a finalidade de aliviar a dor. Do mesmo modo, no seu estudo, Castro [et al.] (2010a) também constatou que aproximadamente 74% dos utentes precisou de fármacos para tratar a dor.

Portanto, a dor pós-operatória pode ser influenciada por diversos fatores, desde o tipo de cirurgia, a sua duração, o tipo de incisão, entre outros, no entanto, constata-se que a sua prevalência em utentes cirúrgicos é contínua e por isso mesmo, a sua compreensão é fundamental e deve ser tida em conta pelos profissionais de saúde, e em particular, no âmbito do nosso estudo, pelos profissionais de enfermagem.

1.4 -AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR

É sempre importante determinar o tipo de dor que o utente sente, no entanto, só este a poderá retratar, o que não é fácil. Na verdade, descrever a experiência dolorosa é difícil, não pela inexistência de atributos apropriados, mas pelo facto desta descrição

exigir o recurso a termos que podem parecer absurdos e à própria subjetividade da experiência dolorosa.

A gestão clínica da dor e o seu alívio requer uma avaliação pormenorizada (Powell [et al.], 2010), a qual constitui um objetivo prioritário das equipas de cuidados. E a escolha dos instrumentos de avaliação da dor deve ser feita tendo em linha de conta a faixa etária do utente (Powell [et al.], 2010; Villegas, 2005).

A avaliação da dor corresponde a um esforço de colaboração entre utentes e profissionais de saúde, pois embora seja extremamente importante a reunião e documentação cuidada e pormenorizada de dados, a experiência da dor é essencialmente subjetiva e apenas o utente a pode descrever com verdade. Nos últimos anos, têm sido desenvolvidos inúmeros instrumentos de trabalho, no sentido de auxiliar os profissionais dos cuidados de saúde na recolha de dados rigorosos e detalhados sobre a dor (Phipps, 1996).

1.4.1 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A utilização de instrumentos padronizados tem-se revelado efetiva para o registo de dados sobre a dor e analgesia (Faries [et al.] citado por Rigotti e Ferreira, 2005) e atualmente existe uma vasta panóplia de métodos que permitem avaliar a dor, particularmente através de escalas unidimensionais e multidimensionais.

As escalas unidimensionais avaliam globalmente a dor segundo o grau de intensidade (Scopel, Alencar e Cruz, 2007). Esta aparente simplicidade não deve, no entanto, levar-nos a esquecer que existem diferenças aparentemente mínimas, relacionadas com a forma como a escala é apresentada e que podem induzir os utentes em erros, por vezes consideráveis, nas respostas. Nesta ordem de ideias, e em instrumentos como o Inventário Breve de Dor, é importante pedir ao utente que registe a dor que sente no momento, a dor que sentiu nas últimas 24 horas, a dor mais fraca nessas 24 horas e a média da dor durante essas mesmas 24 horas (Martinez, Grassi e Marques, 2011).

Por sua vez, as escalas multidimensionais constituem questionários com base em adjetivos que analisam, de modo mais específico e pormenorizado, as componentes sensoriais e emocionais (Scopel, Alencar e Cruz, 2007). Os questionários, como por exemplo, o Questionário da Dor de McGill, são divididos em várias categorias e cada

uma destas compreende algumas subclasses. Estas escalas, de utilização mais complexa, são utilizadas essencialmente no contexto de avaliação da dor crónica e contêm qualificativos repartidos em subclasses, de entre as quais algumas são sensoriais e outras afetivas. Pede-se ao utente que selecione, em cada classe, as melhores descrições para a sua dor e que lhe atribua uma nota, sendo que zero corresponde a ausência total e quatro extremamente. Seguidamente, faz-se o cálculo por somatório de um score total e do score sensorial e afetivo (Martinez, Grassi e Marques, 2011).

Portanto, as primeiras, as escalas unidimensionais, são as mais utilizadas, dada a sua maior facilidade de aplicação (são mais práticas) e as segundas são mais complexas, a que se deve o facto de contemplarem várias dimensões (Varandas, 2013).

Quadro 3. - Escalas unidimensionais e multidimensionais

Escalas Unidimensionais	Escalas Multidimensionais
- Escala Visual Analógica - EVA (<i>Visual Analogue Scale</i>)(DGS, 2003);	- Questionário da Dor de McGill – QDM (<i>McGill Pain Questionnaire</i>);
- Escala Numérica – EN (<i>Numerical Scale</i>)(DGS, 2003);	- Inventário Breve de Dor – IBD (<i>Brief Pain Inventory</i>);
- Escala Verbal Simples – EVS (<i>Verbal Rating Scale</i>) (DGS, 2003);	- Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale – IMD-WHY (<i>West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory</i>);
- Escala de Faces – EF (<i>Faces Pain Scale</i>) (DGS, 2003).	- Questionário da Dor de Dartmouth – QDD (<i>Dartmouth Pain Questionnaire</i>).

Aquando da primeira avaliação, é dever do profissional de saúde explicar ao utente as várias possibilidades de o fazer e mostrar-lhe o instrumento de avaliação que irá utilizar, o qual, naturalmente, deve ser adaptado às capacidades do mesmo. Além disso, qualquer instrumento de avaliação deve obedecer a vários critérios, entre eles: a pertinência, especificidade e coerência; a fiabilidade, rigor e objetividade; a simplicidade, facilidade e clareza; e ser compreensível e utilizável por todos.

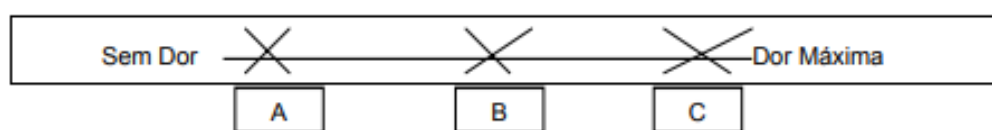
Como referido anteriormente, hoje existem vários instrumentos de avaliação da dor e os mesmos devem ser selecionados em função das características e capacidades do utente (Caraceni [et al.], 2002; Gagliese [et al.] (2005), podendo o profissional de saúde optar por escalas unidimensionais e/ou multidimensionais.

Considerando os vários instrumentos de avaliação unidimensionais, destacam-se a EVA, a EN, a EVS e a EF, por serem as mais utilizadas (Chung e Tso, 2011; Ruysse-Witrand, Tubach e Ravaud, 2011).

A EVA (Escala Visual Analógica) é um instrumento de avaliação da dor considerado sensível e fiável, proporcionando uma escolha de respostas não memorizáveis pelo utente, de uma avaliação para a outra.

É necessário que a EVA apresente, nas suas extremidades, um qualificativo de intensidade para que assim seja fiável e pode apresentar-se sob a forma de uma régua, ou sob a forma escrita. Na sua utilização, recorre-se a uma linha horizontal de 10 centímetros de comprimento, sendo que num extremo da mesma encontra-se o qualificativo *sem dor* e na outra extremidade encontra-se o qualificativo *dor máxima* (DGS, 2003; Martinez, Grassi e Marques, 2011). De seguida, solicita-se ao utente que assinale a intensidade da dor, sendo atribuída uma pontuação em função da intensidade da dor e da posição assinalada (DGS, 2003; Martinez, Grassi e Marques, 2011; Villegas, 2005). Ou seja, “mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo” (DGS, 2003, p. 2). Esta escala contempla três posições, como se pode observar através da seguinte figura, onde a posição A corresponde a *sem dor*, a posição B traduz uma dor média e a posição C indica uma dor intensa.

Figura 4. - Escala visual analógica (EVA)



Fonte: DGS, 2003

A Escala Verbal Simples (EVS), ou escala qualitativa, é uma escala de autoavaliação na qual, geralmente, se encontram ordenadas cinco designações - ausência de dor, dor fraca, moderada, intensa, extremamente intensa (DGS, 2003). O utente escolhe a classificação que corresponde à sua dor. A EVS é menos sensível que a EVA, uma vez que só apresenta cinco respostas possíveis, sendo compreendida por 98% dos doentes e de fácil utilização (Hjermstad, et al., 2011; Wall e Melzack, 1999).

Figura 5. - Escala verbal simples (EVS)

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Fonte: DGS, 2003

A Escala Numérica (EN) é bastante semelhante à EVA, correspondendo a uma régua dividida em 11 partes e numerada de 1 a 10, pedindo-se ao utente que atribua um número à intensidade da sua dor (DGS, 2003; Hjermstad [et al.], 2011; Powell, [et al.], 2010; Wall e Melzack, 1999).

Nesta escala, o 0 equivale à ausência de dor e o 10 à pior dor imaginável. Esta escala compreende as várias etapas do percurso do utente. E, no caso de um utente que não possua capacidade para realizar a EVA ou a EVS que recorrem a qualificativos, o profissional de saúde pode optar por avaliar a dor do mesmo através da EN, já que recorre a números e pode ser apresentada na horizontal ou na vertical (DGS, 2003). Esta escala mede a intensidade da dor e, sendo de fácil preenchimento, é bastante destacada na literatura (Hjermstad [et al.], 2011; Wall e Melzack, 1999).

Por exemplo, no contexto do bloco operatório da cirurgia de ambulatório do hospital em estudo, é utilizada esta escala unidimensional – a EN – a qual está validada para a população portuguesa (Sarmiento [et al.], 2013).

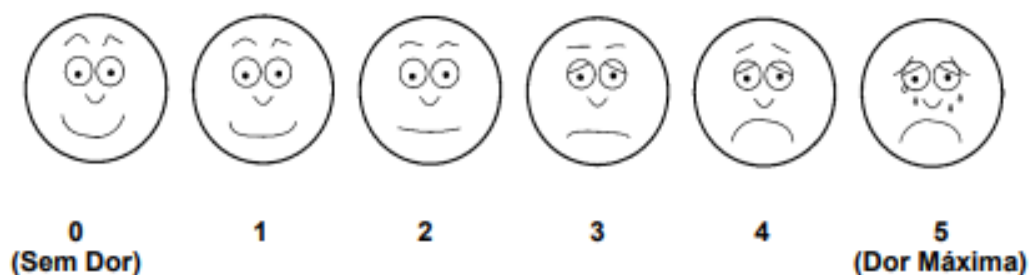
Figura 6. - Escala numérica (EN)

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

Fonte: DGS, 2003

Por fim, na Escala de Faces (EF) o utente indica a intensidade da sua dor em função da mímica que se encontra em cada face desenhada, onde a expressão de felicidade corresponde a *sem dor* e a expressão de grande tristeza equivale a *dor máxima* (DGS, 2003; Knekt [et al.], 2013; Powell [et al.], 2010). Os resultados de todas as escalas devem ser anotados na folha de registo.

Figura 7. - Escala de faces (EF)



Fonte: DGS, 2003

Duas das grandes desvantagens das escalas unidimensionais é que assumem a dor como um fenómeno de uma só dimensão e o fenómeno doloroso é caracterizado pelo utente (Wall e Melzack, 1999).

Estes quatro tipos de escala avaliam de modo unidimensional a dor, mas sendo a dor um fenómeno multidimensional (sensorial, emocional...), coloca-se o problema da validade do conteúdo da resposta. É necessário ter em linha de conta de que a dor será mais pontuada se o utente for ansioso ou deprimido, se fizer uma análise dramática da dor, da sua causa, da sua persistência (sobretudo se desconhecer o diagnóstico causal), se as suas expectativas quanto aos tratamentos forem negativas e se não tiver confiança no avaliador. Estas escalas dão mais informação sobre a vivência da dor, do que sobre a sua intensidade sensorial.

Assim, as escalas multidimensionais são extremamente importantes para a avaliação da dor, salientando-se o QDM, o IBD, o IMD-WHY e o QDD.

O QDM, questionário da dor de McGill, avalia vários aspetos da dor através de palavras que o utente seleciona para expressar a sua dor e foi adaptado à realidade portuguesa por Pimenta e Teixeira (1996). As palavras correspondem a descritores, os quais estão divididos em quatro grupos: sensorial-discriminativo; afetivo-motivacional; avaliativo-cognitivo; e miscelânea (Martinez, Grassi e Marques, 2011). Por isso mesmo, o QDM constitui um dos melhores instrumentos para avaliar as dimensões sensitiva-discriminatória, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa da dor (Pimenta e Teixeira, 1996), permitindo a obtenção de dois índices (Martinez, Grassi e Marques, 2011):

- Índice numérico de descritores: é o número de palavras escolhidas pelo paciente para caracterizar a sua dor, podendo, no máximo, selecionar uma palavra de cada subgrupo com o valor máximo de 20 pontos;

- Índice de dor: obtém-se a partir do somatório dos valores de intensidade de cada descritor (0-5), tendo este o máximo de 78 pontos.

O IBD – Inventário Breve de Dor – é um instrumento de autoavaliação que permite avaliar a dor persistente em indivíduos maiores de 18 anos e é bastante utilizado tanto a nível de investigação como a nível da prática clínica (Batalha, 2016). Também pode ser utilizado em menores, desde que a criança ou o jovem compreendam o teste (*idem*). Este instrumento recorre a uma escala com um intervalo de 0 a 10 para classificar: a intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do utente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono (Martinez, Grassi e Marques, 2011), sendo composto por 15 itens que avaliam: existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento (Batalha, 2016).

A dor que o utente classifica refere-se à dor sentida no momento da realização do questionário, assim como à dor mais intensa, à menos intensa e à média de dor nas últimas 24 horas (Martinez, Grassi e Marques, 2011).

O Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale – IMD-WHY – é um instrumento focado nas condições cognitivo-comportamentais (Antunes, 2017; Souza e Silva, 2005) e destina-se a utentes com dor crónica (Antunes, 2017). O IMD-WHY tem em conta diversos aspetos relativos à experiência da dor, abrangendo: a perceção do utente das reações de outros em relação aos próprios sintomas; a perceção de limitações comportamentais; e o impacto causado pela dor no estilo de vida do utente (Souza e Silva, 2005).

Este inventário é composto por um total de 61 itens (tendo os nove itens experimentais não escalonados) e que se encontram divididos por três grupos (Souza e Silva, 2005):

- Grupo 1: Constituído por 28 itens distribuídos por cinco escalas numéricas de sete pontos (registos da severidade da dor (*PS Scale*); perceção da extensão em que a dor interfere com o seu próprio estilo de vida (*IN Scale*); controle de vida percebido (*LC Scale*); agonia afetiva (*AD Scale*); e apreciação da quantidade de suporte recebido de pessoas íntimas (*SU Scale*);
- Grupo 2: Constituído por 14 itens ao longo de três escalas numéricas de seis pontos: respostas de punição (*PR Scale*); respostas de solicitação (*SR Scale*); respostas de

distração (*DR Scale*);

- Grupo 3: Constituído por 19 itens distribuídos por quatro escalas (trabalhos caseiros (*HC Scale*); trabalhos externos (*OW Scale*); atividades fora de casa (*AH Scale*); e atividades sociais (*AS Scale*).

O Questionário da Dor de Dartmouth – QDD – é também uma escala multidimensional, que funciona como um complemento ao QDM, ao acrescentar a avaliação de quatro medidas objetivas – queixas de dor, intervenções somáticas, comprometimento do funcionamento e aspetos positivos da função – e uma medida subjetiva – alterações na autoestima a partir do momento em que começou a sentir dor (Corson e Schneider, 1984). É um instrumento semelhante ao QDM, mas que avalia mais influências (funções não dolorosas, resultados positivos e comportamentos), focando-se no comportamento afetado pela dor (Ataoğlu, Ankarah e Ankarah, 2017).

Para terminar, considera-se pertinente fazer referência às escalas comportamentais. As repercussões da dor sobre os comportamentos ou sobre a qualidade de vida em geral, podem ser bastante significativas. Estes elementos devem constar no processo de avaliação, podendo haver necessidade de recorrer a escalas comportamentais que avaliem as consequências na vida do utente, por exemplo: para avaliar o estado de depressão, pode recorrer-se à escala de depressão de Beck (*BDI, Beck Depression Inventory*); para a avaliação do estado de ansiedade pode utilizar-se o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (*STAI, State-Trait Anxiety Inventory*); ou pode também ser necessário recorrer-se à escala de toma de medicamentos, ou até a escala de alterações da linguagem devidas às queixas, entre outras.

Nos utentes com dificuldades na expressão verbal, utilizamos a avaliação comportamental da dor. Trata-se, neste caso, de uma heteroavaliação. Este tipo de avaliação é realizado por diferentes membros da equipa, em diferentes alturas do dia (repouso, mobilização, tratamentos...). No entanto, o comportamento doloroso do utente depende de múltiplas variáveis que influenciam a sua avaliação. O modo como o utente exprime a dor depende das suas origens culturais, da sua personalidade e do seu estado emocional. Pelas mesmas razões, a perceção do comportamento por parte do observador, depende da sua própria personalidade, da sua experiência e da sua disponibilidade. Estas escalas fornecem indicações importantíssimas, mas não exploram totalmente a experiência dolorosa, são apenas instrumentos úteis, mas não

indispensáveis.

A documentação formal relativa à avaliação da dor é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados e para avaliar a eficácia dos métodos antiálgicos implementados. No contexto cirúrgico, os instrumentos de avaliação da dor têm de ser adaptados aos utentes, cujos níveis de consciência podem variar, sendo que a escala visual analógica é um dos métodos mais frequentemente utilizados (Metzger [et al.], 2002).

Mais recentemente, Mosegaard, Stilling e Hansen (2020) realizaram um estudo em que referem a Escala de Catastrofização da Dor (ECD) (*Pain Catastrophizing Scale* – PCS) – um questionário composto por 13 questões e que permite medir a capacidade de enfrentar a dor e os sentimentos negativos de dor. Os autores procuraram examinar o efeito do pensamento catastrófico na satisfação pós-operatória após o tratamento da patologia da mão, sendo que a dor não é o sintoma predominante (doença de Dupuytren, gânglios sinoviais dos dedos e pulsos) e ainda procuraram estimar pontos de corte na catastrofização da dor, verificando que esta escala pode ser uma ferramenta valiosa na previsão da satisfação pós-operatória em patologia da mão, em que a dor não é o sintoma predominante e que os valores entre $\leq 2,9$ e $\leq 27,5$ são o ponto de corte ideal para a PCS pré-operatória (Mosegaard, Stilling e Hansen, 2020).

Apesar da disponibilidade dos instrumentos de avaliação da dor, estes nem sempre são utilizados pelos profissionais, continuando a confiar-se nos sinais fisiológicos, como a alteração nos sinais vitais ou aspeto do utente. Do mesmo modo, contar apenas com a comunicação verbal do utente revela-se extremamente subjetivo, pese embora devam ser criteriosamente valorizadas as suas queixas, estas ficam sujeitas a diferentes interpretações por parte dos vários enfermeiros que tratam o utente, acrescido pelo facto de que o próprio utente muitas vezes não consegue descrever realmente o que sente. Documentar a avaliação da dor é imperativo na responsabilidade que se exige ao enfermeiro de controlar ou aliviar a dor do utente, e só será possível através da implementação de métodos rigorosos e contínuos que representem o acompanhamento do utente com dor e que assegurem a qualidade dos cuidados prestados (Dale, 1995).

1.5 -TRATAMENTO DA DOR

O processo de tratamento da dor representa um constante desafio que exige a avaliação da presença, do tipo, da intensidade, da localização e das possíveis causas da dor e dos parâmetros dessa avaliação que se podem alterar de utente para utente. Para além disso, não existem fórmulas eficazes para a avaliação da dor, pelo que também fazem parte do processo a identificação e prescrição de intervenções para tratamento e prevenção da dor, sendo que os avanços teóricos e tecnológicos de novos tratamentos e intervenções exigem dos profissionais de saúde uma constante atualização (Kazanowski e Laccetti, 2005).

Uma educação contínua e uma mente aberta para abordagens tradicionais e não tradicionais destinadas ao alívio da dor, proporcionam inúmeras alternativas que devem ser implementadas tendo por base a elaboração de um plano de intervenção. A descoberta de meios para a realização de um plano terapêutico depende das necessidades do utente e das suas crenças e objetivos, da própria instituição e do ambiente, dos familiares e outras pessoas significativas, bem como dos recursos disponíveis. Desta forma, entendemos que é necessária uma avaliação contínua dos resultados alcançados e uma avaliação da satisfação do utente, para orientar as revisões do plano e assim facilitar a obtenção de um alívio satisfatório da dor. A comunicação entre o utente, os familiares que o acompanham e os profissionais de saúde envolvidos no processo é essencial e o registo oferece evidências sobre o plano, a sua eficácia e revisão, além de constituir um instrumento de comunicação entre os membros da equipa (*idem*).

No tratamento da dor aguda pós-operatória e, mais especificamente, no regime de ambulatório, o Decreto-Lei (DL) n.º 75/2013, refere que o utente tem direito a medidas farmacológicas no pós-operatório imediato e também à cedência de medicação a ser tomada no seu domicílio, por parte das instituições hospitalares, pelo que se defende e promove a adesão à terapêutica.

Um objetivo importante para o profissional de saúde e para o utente não é apenas o alívio da dor, mas também, e acima de tudo, a sua prevenção. Apesar da terapêutica farmacológica ajudar no alívio e no controlo da dor, hoje em dia, os planos terapêuticos para o tratamento da dor seguem uma abordagem multimodal, combinando uma ou mais medicações com diversas outras estratégias para o alívio ou prevenção da

dor (Kazanowski e Laccetti, 2005). Atualmente, o tratamento da dor pode passar por terapêuticas farmacológicas e terapêuticas não farmacológicas como: a imobilização/mobilização; a massagem; a crioterapia; acupuntura; treino de técnicas de *coping*, técnicas de relaxamento (com imaginação, visualização e distração); terapia ocupacional; toque terapêutico; medidas de conforto (Sarmiento [et al.], 2013).

A massagem é uma importante terapêutica (não farmacológica) para o alívio da dor crónica (Kazanowski e Laccetti, 2005), o que é justificado “pela remoção dos produtos de degradação celular, e pela estimulação das fibras de grande diâmetro dos aferentes primários” (Batalha, 2010, p. 71). No mesmo sentido, Ferreira e Pereira (2010) referem que as dores crónicas podem ser tratadas através de diferentes terapêuticas – farmacológicas e não farmacológicas – e entre estas últimas, surgem as intervenções alternativas, consideradas intervenções complementares, sendo exemplo disso a acupuntura, uma técnica milenar ocidental do século XX e que surgiu na China. Acerca da acupuntura, as autoras explicam que

para a medicina tradicional chinesa, a energia vital do corpo (Qi) circula através de canais chamados meridianos, que têm as filiais conectadas aos órgãos e às funções corporais, sendo a doença atribuída ao desequilíbrio do Qi e a dor ao resultado do bloqueio do Qi e à sua consequente interrupção (Ferreira e Pereira, 2010, p. 17).

De qualquer modo, não invalida referir-se que um controlo seguro e eficaz da dor pós-operatória deva assentar num plano de cuidados ajustado a cada caso, ou seja, a cada utente e à respetiva intervenção cirúrgica a que o mesmo foi sujeito (Chou [et al.], 2016).

De acordo com as *guidelines* de controlo da dor pós-operatória, assentes numa sistemática revisão das mais recentes evidências empíricas, a *American Pain Society* (APS), em conjunto com outras instituições, recomenda: o ensino pré-operatório; o planeamento do tratamento de dor durante o peri-operatório; o recurso a terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas; e a adoção de políticas organizacionais no seguimento do utente no domicílio (Chou [et al.], 2016).

Por esta ordem de ideias, a nossa atenção voltar-se-á para as terapêuticas utilizadas no tratamento da dor: farmacológicas e não farmacológicas.

1.5.1 - ABORDAGEM FARMACOLÓGICA

Após uma avaliação efetiva da dor, devem ser identificadas estratégias de tratamento que promovam o seu alívio satisfatório. Um dos modos de tratamento da dor do utente pode ser a abordagem farmacológica, que envolve o recurso a analgésicos e anestésicos, revelando-se uma intervenção comum, empregue amplamente para o alívio da dor (Kazanowski e Laccetti, 2005). No âmbito dos analgésicos, importantíssimos no tratamento da dor, existem dois tipos: os não-opioides e os opioides (Phipps, 1996).

No quadro que se segue, apresentam-se as principais terapêuticas farmacológicas destinadas ao tratamento da dor.

Quadro 4. - Terapêuticas farmacológicas

Analgesia controlada pelo paciente (PCA)	Está em causa a analgesia, a qual pode ser realizada por via endovenosa ou por via epidural, sendo assumida como o método mais seguro de administração de opióides, já que o utente, aquando de uma excessiva utilização, fica incapaz de solicitar mais analgesia (Caseiro, 2004).
Analgesia de preempção (preemptive analgesia)	Visa prevenir a dor cirúrgica, antecipando a sua terapêutica, onde se parte do princípio de que uma intervenção analgésica iniciada antes do estímulo nocicetivo será mais eficaz do que quando iniciada posteriormente. Isto significa que a dor cirúrgica deverá ser continuamente tratada, tratamento este que se inicia antes do estímulo tóxico e que se mantém enquanto se verificar a produção anormal de estímulos aferentes da ferida operatória e tecidos vizinhos (Caseiro, 2004).
Analgésicos não-opióides	<p>AINE: Têm a capacidade de intervir sobre a inflamação e exibir uma tripla atividade terapêutica – analgésica, anti-inflamatória e antipirética –, atuando por via da inibição da síntese das prostaglandinas, mas também apresentam efeitos indesejáveis, como a agressão da mucosa gástrica e do rim, interferem na permeabilidade vascular e na agregação plaquetária (Caseiro, 2004).</p> <p>AA: Atualmente englobam apenas dois fármacos – paracetamol e metamizol – que impedem a síntese das prostaglandinas, sendo bastante utilizados no tratamento de dores ligeiras (Caseiro, 2004; Phipps, 1996).</p>
Anestésicos locais	Os anestésicos locais são fundamentalmente utilizados pela sua capacidade de interromperem a transmissão nervosa interferindo nos processos de excitação e condução dos nervos a qualquer nível, impedindo a despolarização da membrana, acontecimento obrigatório para que a passagem do influxo nervoso se processe. Possibilitam a realização de pequenas intervenções cirúrgicas, mas também são utilizados na cirurgia major em técnicas regionais, como o bloqueio epidural, subaracnoideu, dos plexos, entre outros. Em analgesia peri-operatória, dadas as suas características farmacológicas e perfil de segurança, a ropivacaína, a levobupivacaína, a bupivacaína e a lidocaína são dos anestésicos mais utilizados, destinando-se a intervenções distintas como, por exemplo, os bloqueios epidurais, intradurais e periféricos (Caseiro, 2004).
Opióides	São os mais potentes analgésicos que existem para o alívio da dor,

	nomeadamente a do pós-operatório. Não interferem com o tato ou a visão, mas têm efeitos secundários, que não são iguais em todos os opióides, nomeadamente: a alteração do humor; depressão respiratória; náuseas e vômitos; alterações cardiovasculares, do trato gastrointestinal e do sistema geniturinário e prurido (Caseiro, 2004).
--	---

Um estudo bastante recente, realizado por Al-Waeli [et al.] (2020) e que se foca no alívio da dor no pós-operatório, concluiu que os AINEs são os mais eficazes no tratamento da dor, cura e recuperação pós-operatórias quando a administração de medicamentos é limitada à fase ativa do ritmo circadiano. No entanto, a administração de AINEs durante a fase de repouso resultou em grave comprometimento da cicatrização óssea (Al-Waeli [et al.], 2020).

A escolha do melhor fármaco, ou associações de fármacos, depende do processo de nociceção. A este respeito, verifica-se, por exemplo, que enquanto os AINE são fármacos que interferem na transdução, a nível periférico, os anestésicos locais, por sua vez, impedem a transmissão a todos os níveis (periférico e central), sendo importante destacar o paracetamol, que desempenha um papel central na modulação descendente, e os opióides, que atuam ao nível da modulação cerebral e da perceção (Goldman, 1993; Caseiro, 2004).

1.5.2- ABORDAGEM NÃO FARMACOLÓGICA

Como já se constatou, no tratamento da dor, a abordagem farmacológica é tão importante quanto a abordagem não farmacológica. No entanto, apraz referir que no recurso a métodos não farmacológicos, deve ser considerada a gravidade e a causa que estão na origem da dor, assim como a motivação do utente para a utilização de outros meios no tratamento e alívio da dor. Isto porque, se o utente não acreditar nos seus benefícios (da terapêutica não farmacológica) ou não desejar utilizar a mesma, os resultados da sua utilização estarão, desde logo, comprometidos.

Tal como na abordagem farmacológica, constata-se que, na abordagem não farmacológica existe a necessidade de se ter em conta a capacidade cognitiva e perceção do utente, assim como as suas conceções culturais e os níveis de mobilidade física. No âmbito das abordagens não farmacológicas, Kazanowski e Laccetti (2005) distinguem

as terapêuticas cognitivas das terapêuticas físicas. As primeiras incluem terapêuticas como o relaxamento, imaginação guiada, musicoterapia, distração e hipnose, e as segundas, por seu lado, abrangem a estimulação cutânea, a massagem, termoterapia, exercícios, entre muitos outros (*idem*). Atente-se ao quadro que se elenca de seguida.

Quadro 5. - Terapêuticas não farmacológicas

Abordagens cognitivas	
Distração	A distração de estímulos dolorosos é uma estratégia que passa por captar a atenção do utente para algo que goste de fazer e que o faça abstrair-se da sua dor (por exemplo, ouvir música ou ler) (Alves, 2013).
Hipnose	A hipnose pode constituir uma terapia adjuvante valiosa na redução da dor e da ansiedade (Liossi e Hatira, 1999; Wild e Espie, 2004). Esta tem apresentado resultados positivos no alívio da dor (Araújo, Oliveira e Silva, 2012), sendo induzida com o objetivo de mudar a perceção da dor por via da aceitação de sugestões positivas. Contudo, também pode ser ensinada para que o utente possa recorrer à auto-hipnose, utilizando este estado de relaxamento e concentração para diminuir os sintomas desagradáveis (Kazanowski e Laccetti, 2005; Phipps, 1996).
Imaginação guiada	Promove o relaxamento e o alívio da dor, onde a visualização de um lugar especial, por exemplo, é utilizada para reduzir a dor, já que distrai o utente e, por consequência, diminui o seu desconforto, sendo bastante bem-sucedida quando aplicada de forma repetida e útil para utentes que são, continuamente, submetidos a procedimentos dolorosos (Kazanowski e Laccetti, 2005).
Musicoterapia	Caracteriza-se pelo uso ativo ou passivo de música, existindo evidências empíricas que indicam que este método pode induzir o relaxamento, moderando as emoções e reduzindo a dor, isto porque, por um lado, reduz os níveis de cortisol e, por outro, aumenta os de ocitocina e, ao direcionarem o foco do utente para algo agradável, desviam a sua atenção do estímulo desagradável (Araújo, Oliveira e Silva, 2012; Nguyen [et al.], 2010).
Relaxamento	Combina métodos físicos e comportamentais, podendo ser praticado através da realização de exercícios respiratórios controlados, imaginação guiada ou relaxamento muscular gradual. Este reduz as tensões física e emocional, promovendo a libertação de endorfinas (Kazanowski e Laccetti, 2005).
Abordagens físicas	
Acupunctura e acupressão	São técnicas orientais antigas que envolvem a troca do fluxo de energia através dos meridianos ou linhas de energia, distribuídos por todo o corpo.

	<p>A acupunctura consiste na inserção de agulhas finas em pontos de acupunctura identificados, promovendo equilíbrio e alívio da dor e exige a intervenção de um profissional especializado e qualificado. Em termos de mecanismo de ação, a acupunctura permite o acesso direto ao SNC e provoca a libertação de neurotransmissores como as endorfinas, encefalinas e serotonina, tendo um impacto positivo na regulação do sistema nervoso autónomo e aumentando o fluxo sanguíneo local através da produção de NO (Araújo, Oliveira e Silva, 2012; Ristol, 1997). Além disso, pode ativar o sistema de auto-organização de um organismo e melhorar a sua estrutura e função a um nível que ultrapassa o alívio sintomático (Ernest e White, 2001; Ferreira, 2009). Ferreira e Couto (2018), ao analisarem o impacto de tratamentos diferenciados na qualidade de vida de utentes com dor crónica no pescoço, constataram que a acupunctura apresentou ganhos mais significativos em todos os domínios da qualidade de vida, concluindo que os pacientes tratados com acupunctura têm mais ganhos do que aqueles que realizam fisioterapia para dor crónica no pescoço. No entanto, Ferreira e Pereira (2010) revelam que em Portugal, dada a escassez de estudos realizados na área, ainda não é possível apontar o que difere nos utentes que procuram a acupunctura como terapêutica para o alívio da dor e utentes que optam pela terapêutica convencional. A acupressão caracteriza-se pela aplicação de pressão suave, contínua ou intermitente, sobre pontos de pressão identificados, alterando o fluxo de energia e promovendo o alívio da dor.</p>
Alternativas culturais e fitoterápicas	<p>O uso de medicamentos à base de plantas ou a ação de rezas ou orações, ou outras alternativas específicas que funcionaram com muito sucesso no passado, podem ser incluídas no plano terapêutico se o utente assim o quiser. Caso tal suceda, é importante ter conhecimento dos <i>remédios caseiros</i> que o utente toma, uma vez que as substâncias podem induzir ou inibir os medicamentos (Kazanowski e Laccetti, 2005).</p>
Aromaterapia	<p>Utiliza aromas obtidos de óleos essenciais para promover relaxamento e aliviar os sintomas (Machado, 2009).</p>
Bloqueios nervosos	<p>O bloqueio nervoso envolve a injeção, junto de nervos na área afetada, de anestésicos locais ou agentes neurolépticos, a fim de bloquear a condução do impulso nervoso (por meio da anestesia das fibras nervosas), reduzindo a dor, tratando-se de um procedimento que deve ser efetuado por um anestesiológista com especialização no tratamento da dor (Catalano e</p>

	Hardin, 2004). O uso de bloqueios repetidos contribui para longos períodos de alívio da dor (Phipps, 1996).
Estimulação cutânea suave	Induz a inibição da transmissão dos estímulos nociceptivos realizada pelas grandes fibras que recebem este tipo de estímulos (Binoche e Martineau, 2006). Esta abordagem assenta na teoria do portão, possibilitando um efeito antiálgico ao usar as características das fibras nervosas (Varandas, 2013). Assim, pode confundir o portão para o controlo da dor, atuando como se fosse um curto-circuito do sistema e, em resultado, reduzindo as sensações dolorosas percebidas.
Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)	Implica a emissão de uma leve corrente elétrica através da pele até aos nervos superficiais nas proximidades da localização da dor, onde os estimuladores nervosos procuram alterar os estímulos dolorosos, bloqueando-os com outros estímulos (Phipps, 1996). Para esta estimulação recorre-se a um pequeno gerador de pilhas (o qual faculta a corrente elétrica) e é um método seguro, ainda que vários utentes se mostrem reticentes ao uso da corrente elétrica como terapêutica (Kazanowski e Laccetti, 2005).
Estratégias comportamentais para tratamento da dor	As estratégias comportamentais abrangem abordagens comportamentais, emocionais e psicossociais para o tratamento da dor. De acordo com vários autores, a redução do medo e da ansiedade auxilia o utente no controlo de toda a situação e, mesmo não resultando em todos os utentes, estas estratégias podem estimular o desenvolvimento do sentido de autonomia e autodomínio, pois o sentimento de ser dominado pela dor pode ser assustador para o utente (Kazanowski e Laccetti, 2005; Phipps, 1996).
Estratégias físicas para tratamento da dor	Estas técnicas são úteis como terapias adjuvantes em casos de dor moderada a intensa ou podem, em algumas circunstâncias, serem utilizadas isoladamente, quando a dor é leve ou a medicação não é adequadamente tolerada, sendo exemplo disso a realização de atividade física e a prescrição de exercícios para o tratamento da dor (Souza, 2009).
Exercícios	Os exercícios como método de controlo da dor, embora ainda se encontrem em estudo, já revelaram que quando realizados, mesmo que de leve intensidade, provocam a libertação de endorfinas (os opióides naturais do corpo), promovendo a redução natural de dor, além de sensação de bem-estar. Os exercícios isométricos, ativos livres e contra resistidos, são capazes de reduzir edemas e processos inflamatórios, melhorando as condições circulatórias e favorecendo o alívio da dor, minimizando a

	incapacidade funcional (Castro [et al.], 2010b; Cader [et al.], 2007).
Humor	É uma excelente alternativa para o controlo da dor, pois o ato de rir contribui para a produção de endorfinas e promove o relaxamento muscular e a redução da ansiedade (OE, 2013).
Massagem	Trata-se de uma técnica complementar que é bastante aplicada no tratamento da dor, em particular, da dor oncológica (Araújo, Oliveira e Silva, 2012). É uma terapia não invasiva, de fácil aplicação que, ao integrar o tratamento, contribui para a redução dos efeitos secundários e psicológicos (Hudges [et al.], 2008). Esta abordagem pode ser suave ou mais vigorosa e é adequada para o alívio de cólicas, gases, dor, relaxamento, redução de insónias e de tensão muscular, estimulando o bem-estar do utente e melhorando as suas emoções (Catalano e Hardin, 2004; Field [et al.], 2001; Loman, 2003).
Posicionamentos	A mudança de posição pode favorecer a redução da dor, pelo alívio da pressão sobre proeminências ósseas ou áreas edemaciadas.
Termoterapia	São terapias pelo calor e frio que se traduzem numa outra forma de estimulação cutânea ou transcutânea, podendo aliviar a dor. A termoterapia assenta na aplicação de calor e quando se opta pela aplicação de frio, trata-se de crioterapia (Varandas, 2013).
Toque, toque terapêutico e <i>reiki</i>	São abordagens energéticas para o alívio da dor e que proporcionam uma sensação de aquecimento e bem-estar. O toque terapêutico usa a energia do corpo para promover o relaxamento e o alívio da dor (Ramada, Almeida e Cunha, 2013) e “baseia-se no princípio fundamental de que há uma energia universal, vital, que, mantém todos os organismos vivos” (Silva e Júnior, 1991, p. 92). O <i>reiki</i> promove a harmonia física, emocional e espiritual por meio de um posicionamento preciso das mãos no corpo do indivíduo (Freitag [et al.], 2014) e pode auxiliar no alívio da dor (Fleisher [et al.], 2014). É utilizado como terapia junto de indivíduos em situação de saúde e de doença. Pois aumenta a energia vital e fortalece o sistema imunitário (Honervogt, 2005).
Treino de <i>biofeedback</i> e autogénico	No treino de <i>biofeedback</i> recorre-se a uma máquina de eletroencefalograma para mensurar a atividade das ondas cerebrais e o utente aprende, de forma progressiva, a concentrar-se no abrandamento da atividade das ondas do cérebro até um estado de completo relaxamento. Esta terapêutica facultar, ao utente, informações concretas sobre o seu estado de relaxamento ou de vigília e pode ter um impacto positivo na

	redução da tensão e ansiedade (Phipps, 1996).
--	---

Nenhuma das terapias comportamentais pode ser aplicada com sucesso sem que o utente esteja familiarizado com a mesma, pelo que se torna necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, promovam a educação dessas terapias comportamentais, através da formulação de um plano de orientação dirigido e individualizado (ajustado a cada utente). Por fim, importa sublinhar que a satisfação do utente com o tratamento e o seu efeito na dor deve ser sempre o objetivo e jamais o custo dos serviços ou as atitudes dos profissionais de saúde devem constituir fatores limitantes para o tratamento dispensado (Kazanowski e Laccetti, 2005).

2 - CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

As cirurgias realizadas em regime de ambulatório baseiam-se num modelo organizacional de qualidade centrado nos utentes, no qual todos os intervenientes beneficiam. Isto é, os utentes que necessitam de intervenções cirúrgicas e os seus familiares, assim como os profissionais de saúde e as próprias instituições de saúde, saem beneficiados em razão do aumento dos níveis de humanização, das acessibilidades, da satisfação e da qualidade. Por conseguinte, tal modelo organizacional traduz-se numa diminuição dos riscos que são inerentes ao internamento, tais como: menor probabilidade de contrair infeções e menor risco de complicações, refletindo-se também na diminuição dos custos para o SNS (Serviço Nacional de Saúde), sendo que normalmente, o utente retoma a sua vida social mais precocemente e a sua recuperação é realizada no seu ambiente familiar (APCA, 2020).

Acerca da cirurgia de ambulatório (CA), o Despacho n.º 1380/2018 (p. 4511), emitido pelo Gabinete do Secretariado de Estado Adjunto e da Saúde, refere que esta

representa um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente. Além do impacto positivo para o doente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, a CA possibilita uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares.

Segundo dados do último Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde (MS, 2017, p. 230), em 2010, as cirurgias de ambulatório rondavam os 49,4% entre o total de cirurgias programadas, número este que aumentou e que, no final de 2017 era de 63,2%.

De acordo com a Agência Lusa (2018), aproximadamente dois terços das cirurgias realizadas no nosso país concretizam-se em ambulatório, um procedimento que triplicou na última década e meia, sendo encarado como uma pequena revolução. Segundo o Ministério da Saúde (2018), em relação ao cenário português, o número de procedimentos cirúrgicos aumentou na última década e meia, atingindo os 65,5% em 2018, o equivalente a quase dois terços de todas as cirurgias programadas. Isto deve-se à constante inovação tecnológica, à evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, como também, se deve ao compromisso e ao empenho de todos os profissionais de saúde, tornando possível o aumento da complexidade dos procedimentos cirúrgicos executados, a inclusão de indivíduos com idades mais avançadas e com mais comorbilidades associadas. A CA associa-se a uma menor taxa de complicações pós-operatórias, apresentando uma incidência de regressos ao hospital não superior àquela encontrada no pós-operatório da cirurgia clássica com internamento. A dor pós-operatória é, em geral, mais reduzida, sendo assinalada uma diminuição do risco de tromboembolismo, em virtude da deambulação precoce, sendo que a hospitalização aumenta o risco de exposição a infeções nosocomiais (Despacho N.º 1380/2018, de 08 de fevereiro).

Numa sociedade cada vez mais informada, com cidadãos cada vez mais exigentes e com maiores preocupações e expectativas quanto ao seu estado de saúde, a enfermagem não se alheia desta premissa e desenvolve a sua prática baseada na evidência científica, com vista a atingir a excelência da prestação de cuidados. Neste contexto, a aposta da enfermagem no desenvolvimento da cirurgia de ambulatório visa a obtenção de ganhos em saúde para as pessoas que necessitam de intervenções cirúrgicas, assim como das suas famílias, sem abdicar dos elevados padrões de qualidade inerentes a qualquer regime cirúrgico (AESOP³, 2012). Estes utentes são intervencionados em menos de 24 horas, sendo admitidos e recebendo alta no próprio dia. Estas cirurgias podem ser realizadas com anestesia geral, loco regional ou sedação/local.

³ Associação de Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses.

No caso concreto do bloco operatório de cirurgia de ambulatório do hospital aqui em estudo, também é feita a sua avaliação no próprio dia (à noite), pelo médico e nas primeiras 24 horas após a cirurgia, pelo enfermeiro, já com o utente domiciliado. Este acompanhamento, ainda que por via telefónica, é fundamental para a segurança do utente e dos seus familiares, assumindo um carácter preventivo e no caso de surgirem complicações, o utente é de imediato encaminhado.

Além disso, é também no momento do contacto telefónico que o enfermeiro realiza o *follow-up* destes utentes, em que as dúvidas são esclarecidas, são reforçados os ensinamentos protocolados, é avaliada a adesão terapêutica e se estão a ser cumpridos os cuidados pós-operatórios. Também é realizado um contacto telefónico 30 dias após a cirurgia, colocando-se em questão a necessidade de um contacto em tempo intermédio, 72 horas após a cirurgia, nomeadamente no caso dos utentes que referem intensidade de dor moderada/alta às 24 horas após a cirurgia.

2.1 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NO *FOLLOW-UP* DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) assume a excelência do cuidar como referência e eixo estruturante das competências profissionais. O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas. Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas utentes dos cuidados de enfermagem possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa utente dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros conscientes da responsabilidade que assumem nas instituições de saúde, apostam na formação e aquisição de competências, considerando-as essenciais à qualidade e segurança do seu exercício. Assim, o enfermeiro especialista é detentor de competências de ordem mais específica e complexa:

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as

respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico, e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas (...) também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2011, p. 8648).

O bloco operatório é um serviço com características próprias, ambiente inóspito, onde o utente é exposto a estímulos nocicetivos, como a dor e o *stress*. Os cuidados de enfermagem são prestados neste ambiente impessoal, desconfortável, com falta de privacidade, mudanças de temperatura, luzes intensas e múltiplas aparelhagens, sendo da responsabilidade do enfermeiro proteger o utente nas várias fases do peri-operatório.

A compreensão da fisiologia da dor pós-operatória e dos efeitos patológicos é fundamental para que os profissionais de enfermagem possam proporcionar uma assistência individualizada e de qualidade, visando a recuperação mais rápida para o utente e com menor sofrimento (Smeltzer [et al.], 2005). Além disso, desempenham um papel crucial no acompanhamento de todas as fases do percurso do utente, sendo estes profissionais de saúde os que mais contactam e interagem com o utente (Sarmiento [et al.], 2013). Deste modo, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, como também se busca a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das AVD, a adaptação funcional aos défices e adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do utente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Ao estabelecer uma relação com o utente e a sua família e, simultaneamente, ao prestar cuidados de saúde, “a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação com a doença e à adaptação às mudanças que ocorrem” (Pereira, 2008, p. 18). E, é através da comunicação que se obtém esta partilha de informação, tornando-se essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Para promover uma verdadeira relação de ajuda de modo a poder compreender e respeitar o seu semelhante, são impostas, ao enfermeiro, algumas exigências que não podem ser desvalorizadas na relação de ajuda (Lazure, 1994):

- Capacidade de escuta;

- Capacidade de clarificar e ajudar na clarificação;
- Capacidade de se respeitar a si próprio e de respeitar o doente;
- Capacidade de ser congruente consigo próprio e com o doente;
- Capacidade de ser empático consigo próprio e com o doente;
- Capacidade de se confrontar e confrontar o doente.

A capacidade de escuta constitui a essência da relação de ajuda, razão pela qual é indissociável das outras capacidades e imprescindível para a aquisição das mesmas, pois constitui a única via de acesso à compreensão dos doentes.

A comunicação é um aspeto fulcral dos cuidados de enfermagem e é transversal a todos os aspetos da relação de ajuda, pelo que deve ser entendida num âmbito mais vasto e mais profundo do que a simples transmissão de informação; constitui um elemento de competência da própria profissão e é essencial na garantia de qualidade dos cuidados de enfermagem: não se pode falar em saúde e enfermagem sem nos referirmos à comunicação (Stefanelli e Carvalho, 2005). Por isso é que quando comunicamos com um utente com dor, há que ter em atenção que a dor fragiliza o utente e que esta pode exacerbar emoções, perceções e sentimentos; tudo é vivido mais intensamente e tudo pode representar uma ferida num corpo já sensibilizado (Metzger [et al.], 2002).

O enfermeiro inicia o processo de ligação com o utente, como elemento de ajuda, devendo colocar-se à sua disposição. E, é através da comunicação que se obtém esta partilha de informação, tornando-se essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica. O relacionamento estabelecido entre o enfermeiro/pessoa/família é baseado na confiança e no respeito através do qual o enfermeiro ajuda a pessoa/família. A informação transmitida reveste-se de uma atitude ética para com a pessoa e ao mesmo tempo como uma mensagem de confiança, ao quebrar a solidão, ao ajudar, ao dar resposta à satisfação das necessidades básicas.

Ao cuidar do utente com dor, é essencial que o enfermeiro tenha em conta o ponto de vista do utente em relação à sua dor e como é que esta afeta o seu quotidiano. Como salienta Hesbeen (2000, p. 29), "a doença, e com ela a dor, são do domínio do corpo que o paciente tem. O sofrimento, esse, é do domínio do corpo que o paciente é", constatando-se que os profissionais de saúde não se podem focar exclusivamente na dor e na doença, em detrimento do tratamento do utente como pessoa em toda a sua dimensão.

Além disso, sendo ele o profissional de saúde que mais interage com o utente, deverá ser detentor de conhecimentos sobre a dor, a sua avaliação e tratamento, a fim de transmitir a informação à restante equipa (Grencho, 2009). Por outro lado, deverá encaminhar o utente mediante a realidade de cada situação, nomeadamente, para os Centros de Saúde, Serviço de Urgência e para as Unidades de Dor Aguda (UDA).

Muito recentemente (2019), foi criada em Portugal uma plataforma de Impacto Social da Dor (SIP), com a coordenação científica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor e a empresa Grünenthal, que pretende investigar, avaliar, educar e atuar com a missão de reduzir o impacto social da dor crónica na população portuguesa. Com o objetivo de combater os principais problemas relacionados com a empregabilidade das pessoas com dor crónica, implementaram um conjunto de medidas de atuação estratégicas sob forma de uma declaração conjunta.

Capítulo Dois

FASE METODOLÓGICA

3 -PROBLEMA, PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS DO ESTUDO E HIPÓTESES

O problema de investigação refere-se à situação ou fenómeno que o investigador pretende estudar, já que “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática” (Fortin, 2003, p. 48). Este estudo tem como problema a operacionalização do *follow-up* da dor pós-operatória em utentes de cirurgia de ambulatório, no sentido de se monitorizara intensidade da dor pós-operatória. Entendendo-se que a pergunta de investigação corresponde a um “enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2003, p. 51), formulou-se, para este estudo, a seguinte pergunta de investigação e para a qual se procurou uma resposta: *Qual a intensidade de dor pós-operatória, nas primeiras 24 horas, em utentes submetidos a cirurgia geral?*

Relativamente aos objetivos, são eles que orientam o investigador e especificam as variáveis-chave e a população-alvo do estudo (Fortin, 2009). O objetivo geral reflete a “principal intenção de um projeto, ou seja, corresponde ao produto final que o projeto quer atingir” (Sousa e Baptista, 2011, p. 26) e neste estudo, o objetivo geral é monitorizar o nível de dor pós-operatória, nas primeiras 24 horas, em utentes submetidos a cirurgia geral.

Por sua vez, os objetivos específicos contribuem para o alcance do objetivo geral (Sousa e Baptista, 2011), pelo que foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar quais são as cirurgias de ambulatório mais prevalentes em cirurgia geral;
- Caracterizar a intensidade da dor pós-operatória às 24h após a cirurgia;
- Caracterizar os utentes submetidos a cirurgia de ambulatório, relativamente à idade e ao género.

- Perceber se as características sociodemográficas e clínicas interferem na intensidade da dor pós-operatória;
- Perceber se a adesão às medidas terapêuticas interfere na intensidade da dor pós-operatória;
- Perceber se o tipo de anestesia interfere na intensidade da dor pós-operatória;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro no *follow-up* da dor pós-operatória.

Atendendo aos objetivos definidos, bem como à pergunta de investigação, foram formuladas três hipóteses de investigação, ou seja, “proposições conjecturais que constituem respostas possíveis às questões de investigação” (Sarmiento, 2013, p. 13):

- H1: Espera-se que as características sociodemográficas – *idade e o género* – interfiram na intensidade da dor;
- H2: Espera-se que a adesão às medidas terapêuticas interfira no nível de dor;
- H3: Espera-se que o tipo de anestesia interfira no nível de dor.

4 - MÉTODO E TIPO DE ESTUDO

De entre a escolha dos dois principais paradigmas de investigação – quantitativo e qualitativo –, para este estudo optou-se pelo **método quantitativo**.

O método quantitativo recolhe factos e estuda a relação entre eles (Bell, 2004), sendo um método que decorre “do processo científico da relação causa-efeito, para estabelecer generalizações aplicáveis a diversas situações” (Meirinhos e Osório, 2010, p. 51). Este recorre ao método hipotético-dedutivo e o conhecimento extraído da realidade em estudo é quantificável, sendo exigido ao investigador um certo distanciamento face à realidade que estuda (Meirinhos e Osório, 2010).

No que diz respeito ao estudo, optou-se pelo estudo correlacional na medida em que se pretende responder à questão de investigação associando variáveis mediante um padrão previsível. Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 103), “esse tipo de estudos tem como finalidade conhecer a relação ou grau de associação existente entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis em um contexto específico”. Portanto, o estudo correlacional permite estudar um fenómeno com base no estabelecimento de relações, sendo que se trata, mais especificamente, de um estudo de relação, pois tal como Cohen, Manion e Morrison (2001) explicam, permite compreender melhor a

complexidade do fenómeno através do estudo da relação entre as variáveis do estudo.

Quanto à dimensão temporal, trata-se de um estudo **retrospectivo**, uma vez que se utilizaram os registos clínicos dos utentes submetidos a cirurgias no período compreendido entre janeiro e julho de 2019 no serviço de cirurgia de ambulatório (SCA).

4.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009, p. 311), “uma população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos que têm características comuns. (...) os elementos apresentam as mesmas características”. Neste estudo, a população estudada abrangeu os utentes submetidos a cirurgias de ambulatório e do foro da cirurgia geral. Na verdade, “a população inicialmente é heterogénea, isto é, os elementos que a compõem são de natureza diferente. É preciso, por conseguinte, definir (...) critérios de seleção dos elementos que a compõem” (Fortin, 2009, p. 311). Neste estudo, de entre toda a população de utentes operados no SCA, definimos como população-alvo os utentes submetidos a cirurgia geral, uma vez que se trata da especialidade que dispõe de mais tempos cirúrgicos e, por esse facto, do maior número de utentes operados.

Desta forma, para selecionar a nossa amostra foram estabelecidos os **critérios de inclusão**, nomeadamente:

- Utentes que tenham respondido ao inquérito nas 24 horas;
- Utentes submetidos a cirurgias da especialidade de cirurgia geral entre o período de janeiro a julho de 2019.

Como **critérios de exclusão**:

- Utentes submetidos a cirurgias de outras especialidades;
- Utentes cujo contacto telefónico tenha sido respondido por familiares;
- Utentes submetidos a cirurgias com anestesia local;
- Utentes submetidos a dois ou mais procedimentos, no mesmo tempo operatório.

No total, foram consultados 295 questionários e depois de aplicados os critérios definidos anteriormente, foram excluídos 38 questionários, pelo que o estudo contou com uma amostra final composta por 257 utentes.

4.2 - VARIÁVEIS

As variáveis constituem qualidades ou características às quais se atribuem valores (Fortin, 2009). Neste estudo, consideraram-se as seguintes variáveis – género, idade, adesão terapêutica e como estas se correlacionam com a intensidade da dor –, optando-se por variáveis que são operacionalizadas quantitativamente.

A variável independente, no entender de Fortin (2009, p. 171), “é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (...), é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente”. Por sua vez, os dados demográficos e características pré-existentes constituem variáveis de atributo (Fortin, 2009). Assim, neste estudo as variáveis de atributo foram a idade e o género, no entanto, foram assumidas como independentes, tal como a adesão terapêutica e o tipo de anestesia.

Por sua vez, a variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente (Fortin, 2009) e, neste caso, a nossa variável dependente é a intensidade da dor.

4.3 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Face à questão de investigação definida, bem como aos objetivos e às hipóteses formuladas, o instrumento utilizado para a recolha de dados foi o questionário de *follow-up* realizado no SCA, (os questionários do telefonema do dia seguinte e dos 30 dias - Apêndice I e II, respetivamente), cujo instrumento de avaliação da dor é a EN – Escala Numérica.

A EN é uma escala que permite avaliar a dor crónica ou a dor aguda e pode ser apresentada oralmente ou com instrumento físico (Batalha, 2016). A escala contempla 10 números (de 0 a 10), onde 0 corresponde a sem dor e 10 a dor máxima (Batalha, 2016).

Para se recolher informação para caracterizar a amostra, mais concretamente, sobre a idade e o género, recorreremos à vinheta de identificação dos respetivos questionários.

4.4 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A abordagem quantitativa utiliza a recolha e análise de dados, de modo a responder às questões da pesquisa e a testar a hipótese com base na medição numérica e na análise estatística, estabelecendo padrões de comportamento. Foram recolhidos dados demográficos, a idade e o género (vinheta de identificação do utente), o nível de dor, a adesão terapêutica, tipologia de cirurgia e técnica anestésica, recolhidos através dos questionários de *follow-up* realizados aos utentes entre o período de janeiro e julho de 2019.

O procedimento realizado para cada utente submetido a uma cirurgia no SCA é o seguinte: cada utente é contactado para realizar uma consulta de enfermagem pré-operatória presencial, onde lhe são explicados todos os procedimentos peri-operatórios, apresentada a escala numérica da dor e assegurado que no período pós-operatório, apesar de estar no domicílio, irá ser acompanhado pelos profissionais de saúde, nomeadamente, pela equipa de enfermagem, através de um contacto telefónico das 24h, no sentido de ser avaliado o seu estado, a sua recuperação e de serem esclarecidas dúvidas. No contacto telefónico das 24h é realizado um questionário de follow-up onde os enfermeiros registam a intensidade da dor, e mediante o nível de dor que o utente refere, são reforçados ensinamentos sobre as medidas terapêuticas instituídas para o controlo da dor, estratégias quer farmacológicas quer não farmacológicas ou, eventualmente, o encaminhamento para outros serviços adequados à resolução do problema, o mais precocemente possível. É também verificada a perceção dos utentes face aos ensinamentos realizados no momento da alta. De referir, que na consulta pré-operatória também se acautela se o utente autoriza (ou não) a recolha de dados para fins de investigação, assegurando a confidencialidade dos dados ao abrigo da lei da proteção de dados.

Os registos clínicos permanecem arquivados durante cinco anos no SCA. A recolha de dados para este estudo foi efetuada durante o mês de outubro do ano de 2019, após a competente autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição.

5 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para a análise quantitativa dos dados foi usado o software IBM® SPSS®—*Statistical Package for the Social Sciences* —, versão 24.0, para Windows®, com recurso

a análises descritivas e inferenciais. A análise descritiva foi feita para descrever a amostra, desde a sua idade, o seu género, o tipo de cirurgia a que cada participante foi submetido, a técnica anestésica e grau de adesão ao tratamento prescrito após cirurgia. Foram ainda efetuadas correlações entre estas variáveis e a intensidade de dor referida. Por sua vez, a análise inferencial permitiu utilizar as informações fornecidas pelos elementos da amostra para se caracterizar a população em estudo.

O nível de significância usado foi de 5% para todos os casos. Foram feitos os testes à normalidade sendo que, para grupos superiores a 30, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e para os restantes casos o teste de Shapiro-Wilk, pois assim permite analisar a normalidade e testar a hipótese.

6 -CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Relativamente aos procedimentos éticos, inicialmente dirigiu-se um pedido de autorização para a realização da investigação à Instituição (Apêndice III), obtendo-se uma resposta favorável por parte da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário XXX (Apêndice IV).

Aos participantes do estudo foi garantido o total anonimato e confidencialidade da informação por eles prestada. Segundo a OE, quando se pretende desenvolver atividades de enfermagem, inclusive de investigação, não podemos deixar de observar as questões éticas, uma vez que estas são transversais a todas as atividades dos enfermeiros porquanto a enfermagem assenta na relação interpessoal estabelecida com a pessoa a quem vamos prestar cuidados (OE, 2015). No Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), está definido que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015). Deste modo, é fundamental conhecer os direitos humanos fundamentais, garantindo a proteção dos mesmos através dos procedimentos ético-legais.

A confidencialidade dos dados recolhidos pelo investigador do estudo foi assegurada e garantida. Nos termos do disposto no artigo 85.º do CDE, “o anonimato da pessoa deve ser mantido sempre que o seu caso for utilizado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade. Garantido que a identidade dos participantes será mantida oculta” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p. 248).

Também Fortin (2009, p. 186) enuncia os princípios éticos a ter em consideração: “o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a otimização de vantagens”.

Capítulo Três

RESULTADOS

7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

7.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

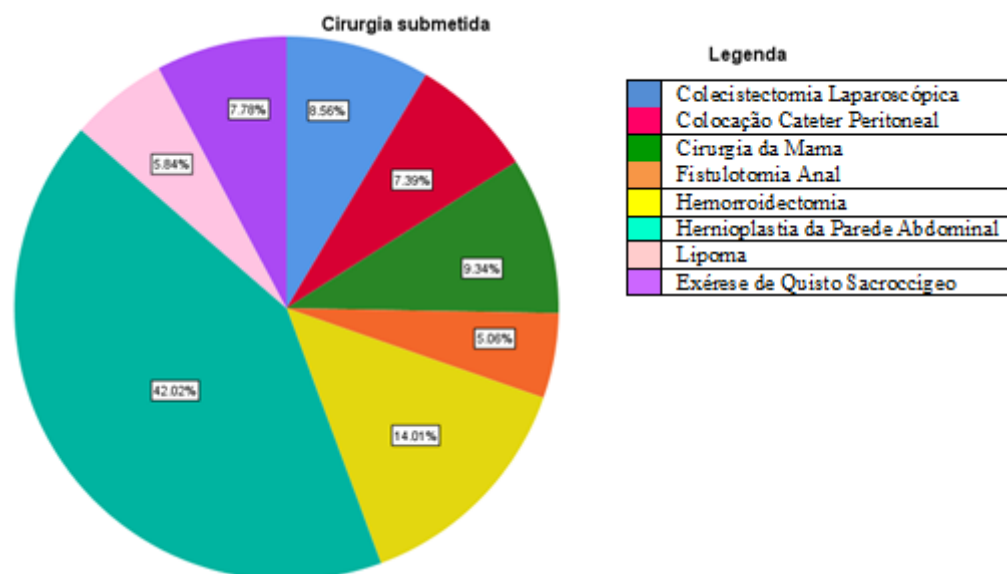
A nossa amostra é constituída por 257 utentes, com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos (média = 48.24; desvio-padrão = 13.73), dos quais 116 são do sexo feminino (45.1%) e 141 do sexo masculino (54.9%).

Em termos da cirurgia a que foram submetidos, como é possível verificar no gráfico 1:

- 108 participantes foram submetidos a hernioplastia da parede abdominal (42%);
- 36 foram submetidos a hemorroidectomia (14%);
- 24 submetidos a cirurgia da mama (9%);
- 22 realizaram colecistectomia laparoscópica (9%);
- 20 foram submetidos a exérese de quisto sacrococcígeo (8%);
- 19 colocaram um cateter de diálise peritoneal (7%);
- 15 foram operados a exérese de lipoma (6%);
- 13 realizaram uma fistulotomia anal (5%).

Relativamente à adesão às medidas terapêuticas, verifica-se que 228 utentes (88.7%) cumpriram as **medidas terapêuticas** prescritas.

Gráfico 1. - Cirurgia submetida



No que concerne ao tipo de anestesia, a grande maioria (94.9%) foi submetida a anestesia geral balanceada (AGB), conforme se pode constatar no quadro 6.

Quadro 6. - Caracterização da amostra de acordo com o tipo de anestesia

Tipo de Anestesia	N	Percentagem
AGB	244	94.9%
Raquianestesia	9	3.5%
Sedação	4	1.6%
Total	257	100%

Como é possível verificar no quadro 7, o nível de dor, aquando da aplicação da escala, variou entre 0 e 10, sendo que, em termos percentuais, as respostas compreenderam todos os níveis da escala, com média de 1 (desvio-padrão = 2)⁴, tendo sido mais frequente a ausência de dor (152 utentes = 59.1% da amostra), seguido do nível 2 (56 utentes = 21.8%), seguidos do nível 1 (17 utentes = 6.6%).

⁴ Este valor não aparece no quadro porque é só um valor. Este foi calculado à parte e não faz parte da variável do quadro.

Quadro 7. - Caracterização da amostra de acordo com o nível de dor

Nível de dor	N	Percentagem	Nível de dor	N	Percentagem
0	152	59.1%	6	2	0.8%
1	17	6.6%	7	2	0.8%
2	56	21.8%	8	3	1.2%
3	10	3.9%	9	1	0.4%
4	1	0.4%	10	1	0.4%
5	12	4.7%	Total	257	100%

Isto é também visível nos valores dos quartis da distribuição, onde a mediana e o quartil dos 25% coincidem e são igual a 0, ou seja, 50% tem nível de dor 0. Já o quartil dos 75% é 2, o que significa que 75% da amostra tem um nível de dor abaixo de 2. De facto, verificou-se a existência de uma maior frequência de utentes nos níveis mais baixos de dor, entre 0 e 2. Isto traduz-se numa assimetria positiva bastante acentuada, com a existência de vários *outliers*/valores atípicos: sete deles moderados, com níveis de dor entre 6 e 8 e dois deles severos, com níveis de dor 9 e 10 (Apêndice V e VI).

7.2- INTENSIDADE DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

Para apresentarmos os resultados da intensidade da dor procurou-se perceber se as variáveis idades, género, adesão terapêutica e tipo de anestesia interferem no nível de dor sentido pelos utentes, onde se analisou cada um dos fatores em função da cirurgia a que cada participante foi submetido.

7.2.1 - NÍVEL DE DOR EM FUNÇÃO DA IDADE

Como é possível verificar pelo quadro 8, os resultados relativos ao nível de dor em função da idade em cada uma das oito cirurgias contempladas no estudo.

Quadro 8. - Relação entre o nível de dor e a idade para cada cirurgia

Cirurgia	N	Média idade	Desvio-padrão	Correl. de Pearson r_s	Correl. de Spearman $-p$	P
Hernioplastia da Parede Abdominal	108	54.19	11.741	-0.022	-	0.822
Hemorroidectomia	36	49.39	9.816	-0.045	-	0.793
Cirurgia da Mama	24	35.54	12.659	-	0.091	0.671
Colecistectomia Laparoscópica	22	45.73	11.003	-	-0.114	0.612
Colocação de Cateter Peritoneal	20	48.11	12.342	-	-0.019	0.937
Exérese de Quisto Sacrococcígeo	19	29.50	7.917	-	0.067	0.780
Cirurgia a Lipoma	15	56.53	10.309	-	0.099	0.725
Fistulotomia Anal	13	42.77	13.430	-	0.132	0.668
Total	257					

Verifica-se no quadro 8, que no caso dos utentes submetidos a **hernioplastia da parede abdominal**, por observação do gráfico 3(apresentado no Apêndice V), não parece existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que os utentes parecem estar dispersos pelo gráfico.

Tendo em conta que a variável idade verificou o pressuposto da normalidade, com valor p superior a 5%, e o nível de dor manteve níveis de simetria e curtose aceitáveis, calculou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, obtendo-se o valor $r_s = -0.022$, com valor $p = 0.822$. Deste modo, não se atingiu a significância estatística, ou seja, não há evidências de que exista uma correlação entre a idade e o nível de dor, isto é, **a idade não interfere no nível de dor em utentes que foram submetidos a hernioplastia.**

Relativamente à **hemorroidectomia**, por observação do diagrama de dispersão representado no gráfico 4 (Apêndice V), não parece existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que os utentes parecem estar dispersos pelo gráfico.

Para avaliar a existência de uma possível correlação entre a idade e o nível de dor, procedeu-se à análise da normalidade dos dados, tal como se pode verificar pelo quadro 8. Para a idade, há evidências de que esta segue uma distribuição normal, com

valor p superior a 5% ($p=0.132$), contudo, o mesmo não aconteceu para o nível de dor, com valor p inferior a 0.0001. No entanto, dada a dimensão da amostra ($n=36$), recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*, obtendo-se o valor $r_p=-0.045$, o qual não atingiu a significância estatística, com valor p igual a 0.793, ou seja, **a idade não interfere no nível de dor em utentes submetidos a hemorroidectomia.**

Relativamente à **cirurgia da mama**, por observação do diagrama de dispersão representado no gráfico 5 (Apêndice V), não parece existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que os utentes parecem estar dispersos pelo gráfico.

Para avaliar a existência de uma possível correlação entre a idade e o nível de dor, procedeu-se à análise da normalidade dos dados. Para a idade, há evidências de que esta segue uma distribuição normal, com valor p superior a 5% ($p=0.352$), no entanto, o mesmo não aconteceu para o nível de dor, com valor p inferior a 0.0001. Como a dimensão do grupo é inferior a 30, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*, obtendo-se o valor $r_p=0.091$, o qual não atingiu a significância estatística, com valor p igual a 0.671, ou seja, **em utentes submetidos a cirurgia da mama, a idade não interfere no nível de dor.**

De acordo com o gráfico 6 (Apêndice V), e no caso da **colecistectomia laparoscópica**, não parece existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que os utentes parecem estar dispersos pelo gráfico. Novamente, a variável dor não segue a distribuição normal, com valor p inferior a 5%. Como é possível observar através do quadro 8, e tendo este grupo apenas 22 utentes, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*, obtendo-se o valor $r_p=-0.114$, o qual não atingiu a significância estatística, com valor p igual a 0.612, ou seja, **em utentes submetidos a colecistectomia, a idade não interfere no nível de dor.**

Na **colocação de cateter peritoneal**, atendendo ao gráfico 7 (Apêndice V), não parece existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que os utentes parecem estar dispersos pelo gráfico. Como é possível constatar no quadro 8, mais uma vez, o nível de dor não segue distribuição normal, com valor p inferior a 5%, pelo que com dimensão reduzida (19 utentes), se calculou o coeficiente de correlação de *Spearman*. Obteve-se o valor $r_p=-0.019$, o qual não atingiu a significância estatística, com valor p igual a 0.937, ou seja, **em utentes submetidos a colocação de cateter peritoneal, verifica-se que a idade não interfere no nível de dor.**

Através da análise do gráfico 8 (Apêndice V), e no caso da **exérese de quisto sacrococcígeo**, parece não existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que os utentes parecem estar dispersos pelo gráfico. Como se rejeitou a normalidade em ambos os casos, com valores p inferiores a 5%, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*, obtendo-se o valor $r_p=0.067$, o qual não atingiu a significância estatística, com valor p igual a 0.780, ou seja, **em utentes submetidos a exérese de quisto sacrococcígeo, a idade não interfere no nível de dor.**

Em relação à **cirurgia a lipoma**, por observação do gráfico 9 (Apêndice V), não parece existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que os utentes parecem estar dispersos pelo gráfico. Há falha da normalidade dos dados, o coeficiente de correlação de *Spearman* obtido foi $r_p=0.099$, o qual não atingiu a significância estatística, com valor p igual a 0.725, ou seja, relativamente à **cirurgia a lipoma, a idade não interfere no nível de dor.**

Por fim, no caso da **fistulotomia anal**, e através da análise do gráfico 10 (Apêndice V), não parece existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que os utentes parecem estar dispersos pelo gráfico. Na ausência de normalidade dos dados, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*, obtendo-se o valor $r_s=0.132$, o qual não atingiu a significância estatística, com valor p igual a 0.668, ou seja, **não há evidências, de que exista uma correlação entre a idade e o nível de dor.**

Em bom rigor, podemos concluir que a **idade não interfere com a intensidade da dor**, em nenhuma das cirurgias incluídas neste estudo.

7.2.2 - NÍVEL DE DOR EM FUNÇÃO DO GÉNERO

Os resultados obtidos relativos ao nível de dor em função do género para cada cirurgia são apresentados no quadro 9.

Quadro 9. - Relação entre o nível de dor e o género para cada cirurgia

Cirurgia	Género	N	Média do nível de dor	Desvio-padrão	Teste de Mann-Whitney	
					U	P
Hernioplastia da Parede Abdominal	Feminino	29	1.14	1.922	1069	0.263
	Masculino	79	0.82	1.474		
Hemorroidectomia	Feminino	23	1.74	2.050	104.00	0.051
	Masculino	13	0.54	0.967		
Cirurgia da Mama	Feminino	20	1.30	1.625	38	0.491
	Masculino	4	1.75	2.363		
Colecistectomia Laparoscópica	Feminino	16	2.94	2.720	42.000	0.313
	Masculino	6	1.67	1.366		
Colocação de Cateter Peritoneal	Feminino	8	1.13	0.991	31.000	0.144
	Masculino	11	0.82	1.601		
Exérese de Quisto Sacrococcígeo	Feminino	4	1.25	2.500	28	0.368
	Masculino	16	0.81	2.562		
Cirurgia a Lipoma	Feminino	9	1.67	2.291	15	0.092
	Masculino	6	0	0		
Fistulotomia Anal	Feminino	7	0.86	0,900	9	0.049
	Masculino	6	0	0		
Total	-	257				

Ao analisarmos o quadro 9, verificamos que em termos médios, as utentes do sexo feminino apresentam um nível médio de dor superior ao dos homens, em todas as cirurgias, com exceção da cirurgia da mama, em que os homens apresentam um valor superior (1.30 e 1.75, respetivamente). Quando se passa à especificação por cirurgia, verificamos que, no caso da **hernioplastia da parede abdominal** e atendendo ao género, o diagrama de extremos e quartis mostra que a distribuição entre os dois géneros é bastante similar, conforme nos demonstra o gráfico 12 (Apêndice VI). De facto, e atendendo ao quadro 9, as médias amostrais nos dois grupos são próximas, com dispersão pouco acentuada. Para analisar o nível de dor segundo o género, avaliou-se a existência de normalidade em ambos os grupos. Com valores *p* inferiores ao nível de significância, como se verifica no quadro 9, rejeita-se em ambos os casos a hipótese da

normalidade. Como o achatamento do grupo masculino é elevado (Marôco, 2011), a comparação do nível de dor foi feita com recurso ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Estas diferenças não se mostraram significativas ($U=1069$; $p=0.263$), ou seja, **não há evidências de que no nível de dor seja significativamente diferente entre homens e mulheres.**

Relativamente à **hemorroidectomia**, e de acordo com o gráfico 13 (Apêndice VI), o diagrama de extremos e quartis mostra que há uma aparente diferença entre os dois grupos, nomeadamente nos 50% centrais, as mulheres apresentam uma maior dispersão do nível de dor. Nos homens, verifica-se a existência de um valor atípico de dor, correspondente a um nível 3 (gráfico 13). Para analisar o nível de dor segundo o género, avaliou-se a existência de normalidade em ambos os grupos. Com valores p inferiores ao nível de significância, como se pode verificar no quadro 9, rejeita-se, em ambos os casos, a hipótese de normalidade. A dimensão dos grupos é reduzida, pelo que a comparação do nível de dor foi feita com recurso ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. O teste não alcançou a significância estatística ($U=104.00$; $p=0.051$), ou seja, **não há evidências de que no nível de dor seja significativamente diferente entre homens e mulheres que foram submetidos a hemorroidectomia.**

No que diz respeito à **cirurgia da mama**, o gráfico 14 (Apêndice VI) mostra que há uma aparente diferença entre os dois grupos, nomeadamente nos 50% centrais, onde os homens têm uma dispersão maior. Para analisar o nível de dor segundo o género, avaliou-se a existência de normalidade em ambos os grupos. O grupo masculino, apesar da reduzida dimensão, verificou o pressuposto da normalidade, com valor p superior a 5%, no entanto o mesmo não aconteceu no grupo feminino, tal como se constata no quadro 9. Assim, o teste de *Mann-Whitney* obteve o valor $p=0.491$ ($U=38$), pelo que não se rejeita a hipótese de igualdade entre os grupos. O que quer dizer que **o género não interfere no nível de dor após a cirurgia da mama.**

O gráfico 15 (Apêndice VI) refere-se à **colecistectomia laparoscópica** e mostra que há uma aparente diferença entre os dois grupos, nomeadamente nos 50% centrais, onde as mulheres apresentaram uma assimetria evidente. Em termos amostrais, as mulheres apresentaram uma média superior, com maior dispersão, tal como se pode verificar pelo quadro 9. Para analisar o nível de dor segundo o género, avaliou-se a existência de normalidade em ambos os grupos. Com valores p inferiores ao nível de significância, rejeita-se em ambos os casos a hipótese da normalidade. Sendo a

dimensão dos grupos inferiores a 30, realizou-se o teste de *Mann-Whitney*, com $p=0.313$ ($U=42.000$). Assim, **não é possível concluir que haja diferenças significativas entre os dois grupos, no caso da colecistectomia laparoscopia.**

No caso da **colocação de cateter peritoneal**, ambos os grupos têm 75% dos utentes com níveis de dor inferiores a 3, havendo alguns *outliers* moderados e severos, conforme indica o gráfico 16 (Apêndice VI). Com valores p inferiores ao nível de significância (quadro 9), rejeita-se, em ambos os casos, a hipótese da normalidade, na medida em que as dimensões dos grupos são reduzidas, realizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Novamente, obteve-se um valor p superior a 5% ($U=31.000$ $p=0.144$), pelo que **não existem diferenças no nível de dor médio entre homens e mulheres, após a cirurgia para colocação de cateter peritoneal.**

Face ao nível de dor por género na **exérese de quisto sacrococcígeo**, os resultados indicam que há uma aparente diferença entre os dois grupos. Conforme o gráfico 17 (Apêndice VI), os homens têm maioritariamente nível de dor 0, com exceção de dois *outliers* moderado e severo, com níveis de dor 3 e 10. Para analisar o nível de dor segundo o género, avaliou-se a existência de normalidade em ambos os grupos. Com valores p inferiores ao nível de significância, tal como se pode verificar através do quadro 9, rejeita-se em ambos os casos a hipótese da normalidade. Com dimensões pequenas nos grupos, a comparação do nível de dor foi feita com recurso ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, obtendo-se o valor p 0.368 ($U=28$). Assim, **não há evidências estatísticas de que o nível médio de dor seja significativamente diferente entre géneros, nos utentes submetidos a cirurgia para exérese de quisto sacrococcígeo.**

Quanto ao gráfico 18 (Apêndice VI) relativo à **cirurgia a lipoma**, este revela que todos os elementos do género masculino têm nível de dor zero, enquanto que as mulheres reportaram níveis de dor mais dispersos, onde 75% indicaram níveis inferiores a 4. Como tal, o nível de dor feminino foi superior na amostra, tal como se pode verificar no quadro 9. Dada a falha do pressuposto da normalidade, com grupos de dimensão reduzida, o teste de *Mann-Whitney* obteve o valor p 0.092 ($U=15$), pelo que **não há diferenças entre homens e mulheres, relativamente ao nível de dor após a cirurgia a lipoma.**

Já em relação à **fistulotomia anal**, o diagrama de extremos e quartis mostra que há uma aparente diferença entre os dois grupos, uma vez que todos os homens

reportaram nível de dor nulo, enquanto 75% das mulheres reportaram um nível 2 ou inferior, como consta no gráfico 19 (Apêndice VI). O teste de *Mann-Whitney* alcançou a significância estatística com um valor $p=0.049$ ($U=9$). Na amostra, a média das ordens nas mulheres foi superior, tal como se pode verificar pelo quadro 9, e o nível médio de dor nas mulheres é significativamente superior ao dos homens, ou seja, **no caso da fistulotomia anal, as mulheres apresentam níveis de dor superior aos homens.**

7.2.3 - NÍVEL DE DOR EM FUNÇÃO DA ADESÃO ÀS MEDIDAS TERAPÊUTICAS

À semelhança do que se fez anteriormente, o quadro que se segue apresenta os resultados relativos ao nível de dor em função da adesão terapêutica para as oito cirurgias.

Quadro 10. - Relação entre o nível de dor e a adesão às medidas terapêuticas para cada cirurgia

Cirurgia	Adesão às medidas terapêuticas	N	Média Do nível de dor	Desvio-padrão	Teste de <i>Mann-Whitney</i>	
					U	P
Hernioplastia da Parede Abdominal	Não	7	0	0	-	-
	Sim	101	0.97	1.640		
Hemorroidectomia	Não	3	1.00	1.732	44.500	0.453
	Sim	33	1.33	1.848		
Cirurgia da Mama	Não	2	-	-	-	-
	Sim	22	1.50	1.739		
Colecistectomia Laparoscópica	Não	2	1.50	2.121	-	-
	Sim	20	2.10	2.515		
Colocação de Cateter Peritoneal	Não	5	0	0	15	0.04
	Sim	14	1.29	1.437		
Exérese de Quisto Sacrococcígeo	Não	1	-	-	-	-
	Sim	19	0.95	2.549		
Cirurgia a Lipoma	Não	6	0	0	15	0.092
	Sim	15	1.67	2.291		
Fistulotomia Anal	Não	3	0.33	0.577	14.5	0.545
	Sim	10	0.50	1,358		
Total	-	257				

Dos 108 utentes submetidos a **hernioplastia da parede abdominal**, a adesão das medidas terapêuticas foi na sua grande maioria cumprida (101 utentes), tal como o demonstra o quadro 10. Todos os utentes cuja adesão das medidas terapêuticas não teve lugar, reportaram um nível de dor nulo, razão pela qual não se realizou o teste à normalidade para este grupo. Já no grupo dos que tiveram adesão terapêutica, obteve-se um nível médio de dor baixo, de 0.97, com baixa dispersão (quadro 10). O teste de *Mann-Whitney* revelou a existência de diferenças significativas, com um valor *p* unilateral igual 0.039. Como a média das ordens foi superior no grupo do ‘Sim’, este valor *p*, corresponde ao teste unilateral à direita, pelo que se conclui que o **nível de dor**

é significativamente superior no grupo de utentes que aderiu às medidas terapêuticas.

No caso da **hemorroidectomia**, cirurgia à qual foram submetidos 36 utentes, apenas três não seguiram as indicações terapêuticas, tal como indica o quadro 10. No caso de quem seguiu, 50% teve nível de dor 0 e 75% nível inferior a 2, indicando a existência de uma grande assimetria neste grupo. Em termos médios, quem teve adesão terapêutica obteve níveis de dor superiores, mas não de forma acentuada (quadro 10). Como houve falha da normalidade em ambos os grupos e o grupo ‘Não’ tem dimensão reduzida, realizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, obtendo-se um valor igual a 0.452 ($U=44.500$). Concluímos que, **não há evidências estatísticas de que o nível de dor para quem aderiu às medidas terapêuticas é significativamente superior.**

No que concerne à adesão das medidas terapêuticas na **cirurgia da mama**, dos 24 utentes, 22 seguiram as **medidas terapêuticas**, com um nível médio de dor de 1.5 (desvio-padrão=1.739), conforme o quadro 10. Apenas dois utentes são do grupo ‘não’, com níveis de dor iguais a 0, pelo que **não se realizaram testes de hipóteses para comparação de grupos.**

Dos 20 utentes submetidos a **colecistectomia laparoscópica**, apenas 2 não mostraram adesão terapêutica, um com nível 0 e outro com nível 3, conforme o quadro 10. Nos que tiveram adesão, obteve-se um nível de dor médio de 2.10 (desvio-padrão=2.515). Dada a dimensão extremamente reduzida do primeiro grupo, **não se efetuaram quaisquer testes estatísticos.**

Dos 19 utentes submetidos à **colocação do cateter peritoneal**, 14 seguiram as indicações terapêuticas, com um nível médio amostral de dor de 1.29 (desvio-padrão=1.229), tal como o quadro 10 indica. Dado que os cinco restantes tiveram todos nível de dor mínimo (zero) (quadro 10), não se pode avaliar a normalidade dos dados. No teste de *Mann-Whitney*, o valor p unilateral obtido ($U=15$; $p=0.04$) corresponde ao teste unilateral à direita, pelo que a um nível de significância de 5% se rejeita a hipótese nula, ou seja, **há evidências estatísticas de que o nível mediano de dor nos utentes que aderiram às medidas terapêuticas é superior.**

Dos 20 utentes submetidos a **exérese de quisto sacrococcígeo**, apenas um recaiu no grupo sem adesão terapêutica, pelo que não se efetuaram quaisquer testes. Em

termos amostrais, o grupo sim teve um nível médio de dor baixo, mas com grande dispersão (média=0.95; desvio-padrão=2.549), tal como consta no quadro 10.

Dos 21 utentes submetidos a **cirurgia a lipoma**, seis deles não tiveram adesão terapêutica, todos eles reportando um nível de dor zero, como se pode aferir no quadro 10. Os restantes, tiveram um nível de dor médio próximo do nível 2, mas com alguma dispersão de valores. Realizado o teste de *Mann-Whitney*, obteve-se o valor $p=0.092$ ($U=15$), pelo que **não se conclui que haja diferenças significativas entre os dois grupos**.

Da análise do quadro 10, verifica-se que nos 13 utentes submetidos a **fistulotomia anal**, apenas 3 não tiveram adesão das medidas terapêuticas, com nível médio de dor de 0.33 e baixa variabilidade. O mesmo tipo de valores surge no grupo com adesão terapêutica, tal como o indica o quadro 10. No teste de *Mann-Whitney* não se obteve resultados significativos ($p=0.545$; $U=14.5$), pelo que **nada se pode concluir quanto à existência de diferenças entre os dois grupos**.

7.2.4 - NÍVEL DE DOR EM FUNÇÃO DO TIPO DE ANESTESIA

O quadro 11 reúne os resultados obtidos face ao nível de dor em função do tipo de anestesia para cada uma das oito cirurgias realizadas.

Quadro 11. - Relação entre o nível de dor e o tipo de anestesia para cada cirurgia

Cirurgia	Tipo de anestesia	N	Média do nível de dor	Desvio-padrão	Teste de Mann-Whitney		Teste T (P)
					U	P	
Hernioplastia da Parede Abdominal	AGB	104	0.90	1.622	180	0.377	-
	Raquianestesia	4	1	1.155			
Hemorroidectomia	AGB	32	1.13	1.737	-	-	0.0455 (unilateral)
	Raquianestesia	4	2.75	2.062			
Cirurgia da Lipoma	AGB	11	0.45	1.214	13.00	0.073	-
	Sedação	4	2.50	2.887			

Para a **hernioplastia da parede abdominal** houve apenas dois tipos de anestesia: geral e raquianestesia, tal como consta no quadro 11. No caso da anestesia geral não se verificou o pressuposto da normalidade, no entanto, os níveis de assimetria e achatamento estão dentro dos níveis aceitáveis (Marôco, 2011), com uma amostra de dimensão elevada. No entanto o grupo de raquianestesia tem dimensão reduzida, pelo que se optou pelo teste não paramétrico. O teste de *Mann-Whitney* não revelou a existência de diferenças significativas, com valor p igual a 0.377 ($U=180$), ou seja, **não se pode concluir que existe uma relação entre o nível de dor e o tipo de anestesia.**

O tipo de anestesia divide-se em três grupos: anestesia geral (AGB), raquianestesia e sedação, como consta no quadro 11. Porém, para a **hemorroidectomia** não há casos de sedação, sendo na sua maioria anestesia geral (quadro 11). No caso da anestesia geral, não se verificou o pressuposto da normalidade, no entanto, os níveis de assimetria e achatamento estão dentro dos níveis propostos por Marôco (2011). Deste modo, foi possível realizar um teste paramétrico para comparação de médias. Tendo sido necessário verificar a existência de homogeneidade de variâncias, como pressuposto do teste. Deste modo, o teste de *Levene* obteve um valor $p=0.989$, ou seja, há evidências de que a variância entre os dois grupos é igual. Como o nível de dor nos casos de raquianestesia foi superior ao da anestesia geral, o valor p unilateral será metade do bilateral. O valor obtido foi 0.091, ou seja, o valor p unilateral é 0.0455, permitindo concluir que **há evidências de que o nível médio de dor é significativamente superior no grupo submetido a raquianestesia.**

Na **cirurgia a lipoma** houve dois tipos de anestesia: geral ou sedação. Na amostra, os utentes que foram sedados, apresentaram níveis superiores de dor, com grande dispersão de valores. Dada a ausência de normalidade dos grupos, aliada à baixa dimensão, foi realizado o teste de *Mann-Whitney*, obtendo-se o valor p 0.073 ($U=13.00$). Assim, **não há evidências de que haja diferenças no nível mediano de dor, a um nível de significância de 5%.**

Por fim, importa fazer um breve, mas importante esclarecimento. A análise de dor em função do tipo de anestesia não faz referência a algumas cirurgias – cirurgia da mama, colecistectomia laparoscópica, colocação de cateter peritoneal, exérese de quisto sacrococcígeo e fistulotomia anal – pois, nestas cirurgias, apenas foi utilizada a anestesia AGB, pelo que não fazia sentido comparar tipos de anestesia. Além disso, em algumas cirurgias foram mencionados dois tipos de anestesia, contudo, um dos grupos

era extremamente reduzido (apenas um ou dois casos), o que não justificava a comparação entre tipos de anestesia, já que não teria validade estatística.

7.2.5 - HIPÓTESES

H1: Espera-se que a característica sociodemográfica *idade e género* interfira no nível de dor

Face à existência de uma possível correlação entre a idade e o nível de dor, constatou-se que, para a idade, há evidências de que esta segue uma distribuição normal, com valor p superior a 5% ($p=0,200$), contudo, o mesmo não aconteceu para o nível de dor, com valor p inferior a 0,001. Por observação do diagrama de dispersão da idade e do nível de dor (gráfico 2 do Apêndice V), não parece existir uma associação linear entre a idade e o nível de dor, uma vez que as observações se apresentam dispersas aleatoriamente pelo gráfico.

Dado que não existe uma assimetria e um achatamento elevados e a dimensão dos grupos é elevada, para verificar a relação entre a idade e o nível de dor recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*, obtendo-se o valor $r_p=-0.023$, o qual não atingiu a significância estatística, com valor p igual a 0.718. Deste modo, constatámos que não há evidências, a um nível de significância de 5%, de que exista uma correlação entre a idade e o nível de dor.

Quadro 12. - Relação entre a idade e o nível de dor

Idade	N	Média	Desvio-padrão	Correlação de Pearson	
				R_p	P
18-77 anos	257	48,24	13,73	-0.023	0.718
Total	257				

Em termos de género, o diagrama de extremos e quartis mostra uma aparente diferença entre os dois grupos, nomeadamente nos 50% centrais, onde os homens têm uma assimetria evidente, confirmada pelo coeficiente de assimetria (gráfico 11 do Apêndice VI). Tal como se pode aferir pelo quadro 13, verificou-se que os homens têm uma assimetria evidente, confirmada pelo coeficiente de assimetria.

Para verificar a relação entre o género e o nível de dor segundo o género, avaliou-se a existência de normalidade em ambos os grupos. Com valores p inferiores ao nível de significância (quadro 13), rejeita-se, em ambos os casos, a hipótese da normalidade. Como o achatamento do grupo masculino é elevado (Marôco, 2011), a comparação do nível de dor foi feita com recurso ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

Quadro 13. - Relação entre o género e o nível de dor

Género	N	Média Nível de dor	Desvio-padrão	Teste de <i>Mann-Whitney</i>	
				U	P
Feminino	116	1,56	2,027	6166	<0,001
Masculino	141	0,79	1,576		
Total	257				

Dado que na amostra o nível de dor referido pelas mulheres foi superior ao dos homens (quadro 13), o valor p unilateral obtido no teste corresponde ao teste unilateral à direita. Desta forma, encontraram-se diferenças significativas ($U=6166$; $p<0.001$), o que significa que existem evidências de **que o nível de dor é significativamente superior nas mulheres** para um nível de significância de 5%.

Tendo em conta o exposto e face à hipótese formulada – H1: Espera-se que a característica sociodemográfica *idade e género* interfira no nível de dor –sublinhamos que não há evidências de que exista uma correlação entre a idade e o nível de dor. No entanto, relativamente ao género verificou-se que exerce influência no nível de dor, sendo este maior no género feminino. **Uma vez que apenas a característica sociodemográfica género exerce influência no nível de dor, esta hipótese é confirmada parcialmente.**

H2: Espera-se que a adesão às medidas terapêuticas interfira no nível de dor

Relativamente à hipótese 2, como é possível verificar no quadro 14, a adesão às medidas terapêuticas foi, na sua grande maioria, cumprida (228 utentes). Pela amostra, em termos médios, verificou-se que quem aderiu às medidas terapêuticas teve níveis de dor superiores, conforme consta no quadro 14. Como houve falha da normalidade em

ambos os grupos e o grupo ‘Não’ tem uma assimetria elevada, realizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, obtendo-se um valor *p* inferior a 0.001 (U=2176). Como a média das ordens é superior no grupo ‘Sim’, o valor *p* unilateral obtido corresponde ao teste unilateral à direita. Assim, ao analisar a relação entre a adesão terapêutica e o nível de dor conclui-se que há evidências estatísticas de que o nível de dor de **quem aderiu às medidas terapêuticas é significativamente superior**.

Quadro 14. - Relação entre o nível de dor e Adesão às medidas terapêuticas

Adesão Terapêutica	N	Média	Desvio-padrão	Teste de <i>Mann-Whitney</i>	
				U	P
Não	29	0,24	0,786	2176	<0.001
Sim	228	1,25	1,895		
Total	257	-	-	-	

Portanto, estes resultados corroboram a hipótese 2 – espera-se que adesão terapêutica interfira no nível de dor -, constatando-se que **os utentes que aderiram às medidas terapêuticas são aqueles que apresentam maiores níveis de dor após a cirurgia**.

H3: Espera-se que o tipo de anestesia interfira no nível de dor

O tipo de anestesia divide-se em três grupos (gráfico 20, Apêndice VII):

- anestesia geral (AGB);
- raquianestesia;
- sedação.

Pelos resultados apresentados no quadro 15, verifica-se que quem foi sedado reporta um nível superior de dor, com média de 2.5 (desvio-padrão=2.887). Estes resultados refletem uma comparação do nível de dor entre os três tipos de anestesia, em simultâneo.

Quadro 15. - Relação entre o nível de dor e o tipo de anestesia

Tipo de anestesia	N	Média Nível dor	Desvio-padrão	Teste de Kruskal-Wallis	
				H	P
AGB	244	1,09	1,811	127.5	0.285
Raquianestesia	9	1,67	1,803		
Sedação	4	2,50	2,887		
Total	257				

No caso da anestesia geral e da sedação, não se verificou o pressuposto da normalidade, mas apesar dos níveis de assimetria e do achatamento estarem dentro dos níveis aceitáveis (Marôco, 2011), a dimensão do grupo que foi sedado é bastante reduzida. Deste modo, realizou-se o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, obtendo-se o valor p igual a 0.285 ($H=127.5$), não alcançando assim a significância estatística, ou seja, não há evidências de que haja diferenças significativas no nível de dor referido pelos utentes, segundo os níveis de anestesia.

8 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra do nosso estudo é equilibrada, pese embora existam mais utentes do sexo masculino do que do sexo feminino, resultados que se aproximam dos resultados obtidos por Sousa (2014). Contudo, também se encontraram estudos cuja amostra é predominantemente do sexo feminino, como o caso de Flório e Galvão (2003) em que procuraram identificar os diagnósticos de enfermagem no período peri-operatório de utentes de cirurgia de ambulatório tal com os autores Santos, Novaes e Iglesias (2017).

De todas as cirurgias a que a amostra foi submetida, salientam-se as hernioplastias da parede abdominal, a hemorroidectomia, cirurgia da mama e colecistectomia laparoscópica. As menos prevalentes foram as cirurgias a quisto sacrococcígeo, colocação de cateter peritoneal, exérese de lipoma e a fistulotomia anal. De facto, os resultados evidenciam várias cirurgias e existem estudos que indicam que o tipo de cirurgia é um preditor significativo para a dor pós-operatória, assim como para a toma de analgésicos (Hui Yun [et al.], 2009, Vallano [et al.], 2006). E Souza e Corgozinho (2016) referem mesmo, que em relação ao tipo de cirurgia, a intensidade de

dor no pós-operatório está mais na dependência do local operado do que da gravidade do procedimento.

No entanto, no seu estudo, Giacomazzi, Lagni e Monteiro (2006) e Mueller [et al.] (2000) encontram evidências contrárias ao verificarem que o tipo de cirurgia não se relaciona com a dor.

A análise descritiva permitiu aferir que a amostra em estudo apresenta uma baixa intensidade de dor, uma vez que quase 60% revelou ausência de dor e 22% indicou um nível 2 de dor. Apesar da grande variedade de cirurgias, o nível de dor referido pelos utentes é baixo na amostra em estudo. Contudo, constatou-se a existência de vários *outliers*/valores atípicos: sete deles moderados, com níveis de dor entre 6 e 8 e dois deles severos, com níveis de dor 9 e 10. O *outlier* mais elevado (10) do nosso estudo é referente à cirurgia de exérese de quisto sacrococcígeo, cujo procedimento é simples, mas localizado numa região anatómica que compromete o conforto dos utentes.

Relativamente à adesão terapêutica, a esmagadora maioria da amostra refere ter cumprido as medidas terapêuticas. De facto, a adesão terapêutica é importantíssima e esta deve ser promovida pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, através de instrumentos terapêuticos como a comunicação, a parceria, a negociação e relação de ajuda (Martinho, 2015). A dor crónica, assim como a dor aguda, tem um grande impacto na qualidade de vida dos utentes, quer ele seja emocional, cultural, socioafetivo, psíquico, entre outros, na sua adesão à terapêutica (D'Arcy, 2011; Sallum, Garcia e Sanches, 2012). Alguns dos preditores que contribuem para a falta de adesão terapêutica prendem-se com fatores demográficos, sociais e económicos, fatores relativos à doença e ao regime terapêutico e fatores relativos ao relacionamento do utente com o profissional de saúde e os serviços de saúde (Silva [et al.], 2010). É nesse sentido que o SCA garante, nos termos do disposto no DL n.º 75/2013, o fornecimento de medicação aos utentes, para o período do pós-operatório de 48 horas, evitando que o utente se desloque à farmácia e que por motivos económicos não cumpra as recomendações terapêuticas.

Quanto ao tipo de anestesia, verificamos que a maioria da amostra foi submetida a AGB. Também Robleda [et al.] (2014), ao analisar a relação entre o estado emocional pré-operatório e a prevalência e a intensidade da dor pós-operatória e explorar fatores preditivos de dor pós-operatória, verificou que os utentes submetidos a AGB sentiram

maior nível de dor durante o internamento quando comparados com os utentes submetidos a anestesia combinada ou local.

A análise inferencial permitiu avaliar a existência de diferenças no nível de dor médio segundo os fatores idade, género, adesão terapêutica e tipo de anestesia e assumindo que o tipo de cirurgia poderia refletir diferentes níveis de dor, realizou-se o mesmo tipo de análise para cada cirurgia, individualmente.

Este estudo considerou o género como uma variável a ter em conta, tal como a idade, a adesão terapêutica e o tipo de anestesia, um pouco à semelhança do estudo de Hui Yun [et al.] (2009), que também contemplou o género, mas verificou que não era um indicador consistente. Em geral, no nosso estudo não se encontrou uma associação linear entre a idade e o nível de dor e o mesmo se passa em relação ao tipo de anestesia. Quanto ao género, os resultados indicam que o nível de dor é significativamente superior nas mulheres, tal como no estudo de Souza [et al.] (2013) que encontrou diferenças de perceção e de intensidade da dor entre homens e mulheres, tendo sido estas que declararam maior intensidade de dor. Face à adesão terapêutica, constatou-se que o nível de dor de quem aderiu às medidas terapêuticas é significativamente superior, portanto, quem sente mais dor tem tendência para seguir as indicações terapêuticas, tomando a sua medicação.

Quanto aos resultados relativos à cirurgia de hérnia da parede abdominal, os mesmos permitiram aferir que não há uma associação linear entre a idade e o nível de dor, entre o género e o nível de dor e entre o tipo de anestesia e o nível de dor. O nível de dor é significativamente superior no grupo que teve adesão terapêutica. Kraychete [et al.] (2016), no seu estudo, aferiram que após a toracotomia e a hérnia inguinal, 11.5% a 47% dos utentes apresentaram dor crónica. Sobre a cirurgia à hérnia, Carvalho [et al.]. (2019), ao avaliar a eficiência da analgesia mediante o uso de infiltração com bupivacaína em cirurgias de hernioplastia inguinal, constatou que não houve significância estatística entre o grupo que teve infiltração com anestésico local peri-operatória e a raquianestesia pré-operatória para controle da dor pós-operatória imediata e durante o internamento. No entanto, ainda que se assista a uma elevada frequência da hérnia inguinal, é por demais evidente a necessidade de serem realizados mais estudos comparativos da dor pós-operatória e que avaliem a dor por período superior às 48 horas de cirurgia tal como refere (Kraychete [et al.], 2016). Isto é determinante, precisamente porque auxiliará na elaboração de tratamentos mais adequados à dor sentida e,

concomitantemente, servirá para verificar os resultados das intervenções analgésicas servindo ainda como medida para basear o tratamento ou a conduta terapêutica utilizada no hospital (Carvalho [et al.], 2019).

A dor pós-operatória é uma das complicações que decorre da hemorroidectomia referida por Rivadeneira [et al.] (2011) e Schubert [et al.] (2009). O nosso estudo não vai de encontro ao pensamento destes autores, pois neste estudo não se encontrou nenhuma associação linear entre a idade ou o género e o nível de dor. O mesmo não se passou em relação à adesão terapêutica, o que por si só revela que o nível de dor de quem aderiu às medidas terapêuticas é significativamente superior. Relativamente ao tipo de anestesia, os resultados obtidos revelam evidências de que o nível médio de dor é significativamente superior no grupo submetido a raquianestesia. Contudo, segundo Oliveira, Louzada e Jorge (2015), a raquianestesia destaca-se pelo seu satisfatório controlo da dor pós-operatória, na redução do uso de opióide enteral, na atividade anti-inflamatória, na melhoria da perfusão tissular, no tempo de execução curto e na rápida recuperação.

A cirurgia da mama, no contexto da amostra representada no presente estudo, abrange cirurgias a nódulos mamários benignos e reconstruções mamárias pós cancro, sendo que os nódulos mamários benignos apresentam um diferencial vasto, envolvendo, nomeadamente, quistos mamários, fibroadenomas, tumores filóides, papilomas, lipomas, hamartomas e adenomas (Nazário, Rego e Oliveira, 2007). Os fibroadenomas são bastante frequentes e são mais comuns em mulheres com menos de 35 anos (Greenberg, Skornick e Kaplan, 1998). As evidências deste estudo não apontam para a existência de associação linear entre a idade e o nível de dor, mas realçam uma associação entre o género e o nível de dor, sendo que as mulheres apresentam níveis de dor mais elevados após a cirurgia à mama. De facto, a literatura refere que, face às reconstruções mamárias pós cancro, os resultados obtidos não surpreendem, pois, por um lado a dor pós-operatória é uma das complicações mais apontadas à reconstrução mamária (Pedroso e Mendonça, 2017) por outro lado o cancro da mama é mais frequente no género feminino (Ferlay [et al.], 2007). E no nosso estudo, repare-se, de um total de 24 utentes submetidos a cirurgia da mama, ainda que abranja cirurgias de nódulos mamários benignos e reconstruções mamárias pós cancro, verificou-se que a esmagadora maioria (20 utentes) é do género feminino. O estudo realizado por Martins [et al.] (2017), onde compara, entre outros, a dor em mulheres submetidas à

mastectomia radical modificada com reconstrução mamária imediata e sem reconstrução, revelou uma alta prevalência de dor, contudo, não encontrou diferenças significativas intergrupos para a dor.

Num estudo realizado junto de mulheres após o tratamento cirúrgico do cancro da mama, Ferreira [et al.] (2014) foi verificado que 56,7% mulheres referiram que a dor é diária, 46,7% mulheres referiram que a dor teve início após a cirurgia e para 40% que a dor é constante. As investigadoras salientam a necessidade de conhecer, reconhecer e acompanhar o sintoma, pois permite ofertas terapêuticas alternativas para o alívio da dor, minimizando efeitos físicos e emocionais que podem ser causados na vida de mulheres submetidas ao tratamento de cancro da mama.

No que respeita à colecistectomia laparoscópica, foi possível constatar a inexistência de uma relação significativa entre a idade e o nível de dor e o mesmo se verifica em relação ao género. Face à colecistectomia laparoscópica, Imbelloni [et al.] (2010), a dor foi significativamente menor a 2, 4 e 6 horas após o procedimento sob raquianestesia comparado com o grupo submetido a AGB.

Os resultados obtidos face à colocação do cateter peritoneal confirmam a inexistência de uma relação significativa entre a idade e o nível, à semelhança do que se verifica no género, mas quanto à adesão terapêutica a situação inverte-se, pois, o nível mediano de dor nos utentes que seguiram as indicações terapêuticas é superior. De facto, os cuidados de enfermagem no período pós-operatório imediato à colocação do cateter peritoneal procuram impedir a colonização bacteriana do local de inserção e do túnel, durante o período de cicatrização, assim como procuram prevenir o traumatismo do local de inserção e a tração das mangas, imobilizando o cateter e ainda minimizar a pressão intra-abdominal para prevenir as fugas (Wild, 2005 citado por Thomas, 2005).

Verificou-se, também que não existe uma associação linear entre a idade e o nível de dor, não tendo sido encontrado evidências estatísticas de que o nível mediano de dor seja significativamente diferente entre géneros no caso da cirurgia a lipoma. Quanto à relação entre nível de dor e adesão às medidas terapêuticas, não foi possível aferir nenhuma associação e o mesmo aconteceu face ao tipo de anestesia. Por fim, mas não menos importante, face à fistulotomia anal os resultados revelam que não existe uma associação linear entre a idade e o nível de dor. Quanto ao género constatou-se que o nível mediano de dor nas mulheres é significativamente superior ao dos homens. Os resultados relativos à adesão terapêutica não evidenciaram uma associação com o nível

de dor. Contudo, Kurita e Pimenta (2003) salienta que a adesão terapêutica significa aderir à terapêutica proposta e a sua não adesão pode contribuir para um prolongamento da dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O eficaz controlo da Dor pós-operatória e a sua correta abordagem no *follow-up*, contribuem para uma recuperação rápida dos utentes e para um retorno mais precoce às atividades de vida diária e profissional. O *follow-up* pós-operatório é realizado através do contacto telefónico das 24 h, por parte da equipa de enfermagem, da consulta pós-operatória da especialidade idealmente na primeira semana e ainda através do contacto telefónico ao 30.º dia (Coutinho e Neves, 2019).

A cirurgia de ambulatório representa um modelo organizacional fundamentalmente centrado no utente/família que permite um avanço notável nos cuidados de saúde prestados às populações tanto na vertente social como económica.

O enfermeiro, por ser o profissional de saúde com maior proximidade com o utente, tem um papel primordial na identificação, avaliação, controlo e registo do fenómeno dor, tendo como objetivo premente, o de proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida, principalmente, em relação aos utentes submetidos a cirurgia de ambulatório. Uma vez que estes realizam o pós-operatório no seu domicílio, ao serem acompanhados e orientados pelos enfermeiros, sentem maior segurança e que não estão sozinhos.

Na atualidade, um maior conhecimento de que a dor tem uma componente tanto física como emocional, a par de uma maior compreensão das necessidades do utente e dos tratamentos disponíveis, resultou na regulamentação de Unidades de Dor Aguda (UDA). Para que o controlo da dor aguda pós-operatória seja eficaz, tornou-se necessário, e principalmente em Portugal, assumir e entender o conceito de atuação organizada em analgesia pós-operatória, de forma a que os profissionais competentes a quem cabe a responsabilidade desse controlo, nomeadamente os enfermeiros, se possam organizar em torno de programas de ação, nos mesmos moldes das UDA europeias, de forma a possibilitar atuações protocoladas, tanto ao nível terapêutico como ao nível dos cuidados a prestar aos utentes operados e, dessa forma poderem garantir a continuidade dos cuidados com registos e vigilância contínua, com mais eficácia e segurança (Caseiro, 2004).

Terminado todo o processo de investigação, sendo que duas das três hipóteses formuladas não se confirmaram (H1e H3), concluiu-se que relativamente à:

- H1, a idade não interfere no nível de dor, mas o género interfere (hipótese confirmada parcialmente);
- H2, constatou-se que a adesão às medidas terapêuticas interfere no nível de dor, pois o nível de dor de quem aderiu às medidas terapêuticas é significativamente superior (hipótese corroborada);
- H3, o tipo de anestesia não interfere no nível de dor (hipótese rejeitada).

Apraz ainda referir que, após uma análise cuidada dos resultados obtidos, concluiu-se que:

- As hernioplastias da parede abdominal, a hemorroidectomia, a cirurgia da mama e a colecistectomia laparoscópica são as mais prevalentes, ao contrário da exérese de quisto sacrococcígeo, da colocação de cateter peritoneal, de cirurgia de lipoma e da fistulotomia anal;
- A amostra em estudo referiu uma baixa intensidade de dor, uma vez que quase 60% revelou ausência de dor e 22% indicou um nível 2 de dor; 75% da amostra tem um nível de dor abaixo de 2. De facto, verificou-se a existência de maior frequência de utentes nos níveis mais baixos de dor, entre 0 e 2. Constatou-se a existência de vários *outliers*/valores atípicos, nomeadamente, dois deles severos, com níveis de dor 9 e 10. Além disso:
- A esmagadora maioria da amostra cumpriu as medidas terapêuticas;
- A maioria da amostra foi submetida a AGB;
- No geral, não se encontrou uma associação linear entre a idade e o nível de dor e o mesmo se passa em relação ao tipo de anestesia. Quanto ao género, os resultados indicam que o nível de dor é significativamente superior nas mulheres e face à adesão terapêutica, constatou-se que o nível de dor de quem aderiu às medidas terapêuticas é significativamente superior, quem sente mais dor tem tendência para seguir as indicações terapêuticas, seguindo a terapêutica proposta.

Cumprir indicar que estes utentes necessitam de acompanhamento e o papel de *follow-up* do enfermeiro é de extrema importância, uma vez que assegura o reforço dos ensinamentos, quer do esquema terapêutico farmacológico, quer de uma abordagem não farmacológica, e toma decisões antecipatórias de modo a encaminhar o utente o mais precocemente possível.

Atendendo aos resultados obtidos no estudo, concordamos com Hui Yun [et al.] (2009), quando afirmam que a identificação precoce dos preditores em utentes com risco de dor no pós-operatório permitirá uma intervenção mais eficaz e uma melhor gestão, acrescentando-se aqui a necessidade desta identificação e prevenção decorrer em função dos vários tipos de cirurgia.

Ao longo do estudo, deparamo-nos com algumas limitações e condicionantes, nomeadamente, na obtenção e recolha de dados, uma vez que se tratou de um estudo retrospectivo, e por isso limitou-nos a informação disponível. Por outro lado, o facto de não ter sido avaliado o nível socioeconómico e as habilitações literárias dos utentes, por si só foi uma condicionante, considerando que estes podem interferir no nível da perceção da dor e da compreensão dos ensinamentos realizados no momento da alta hospitalar. Entendemos que seria importante, em futuras investigações, a realização de um estudo piloto junto de um grupo de utentes que apresentassem uma intensidade de dor moderada/severa nas primeiras 24 horas de pós-operatório, contactando-os telefonicamente 72 horas após a cirurgia para reavaliação do nível de dor pós-operatória. Neste sentido, objetiva-se, a implementação no SCA de um acompanhamento intermédio dos utentes que refiram a intensidade de dor como moderada/severa nas 24 horas pós-operatório, promovendo-se a realização de um contacto telefónico 72 horas após a cirurgia.

A intervenção de *follow-up* dos enfermeiros junto dos utentes submetidos a cirurgia de ambulatório, é fundamental, sendo os elos de ligação entre o utente e a instituição responsável, e tal como se constatou ao longo deste estudo, mesmo cumprindo o esquema terapêutico prescrito, às 24h horas, verificamos através do nosso estudo que alguns utentes mantêm um nível de dor moderado a severo, após esse período de tempo, sendo necessário a sua monitorização e assistência. É no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, que o enfermeiro se distingue pela formação e experiência que lhe confere melhor entendimento e respeito pelos outros, num quadro clínico onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa utente dos seus cuidados de enfermagem.

Este exemplar desempenho é amplamente reconhecido pelos utentes e suas famílias que lhes ficam gratos e o demonstram de várias formas, quer através dos contactos telefónicos quer, também, através do preenchimento de inquéritos de satisfação. É este o Amor que nos move.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA LUSA – **Quase dois terços das cirurgias em Portugal são feitas em ambulatório.** [Em linha]. (2018). [Consultado em 14/03/2020]. Disponível na WWW:<URL:<https://observador.pt/2018/09/15/quase-dois-tercos-das-cirurgias-em-portugal-sao-feitas-em-ambulatorio/>>.

ALVES, Catarina – **A Dor no Doente Terminal: Intervenção do Enfermeiro.** Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2013. Dissertação de mestrado.

ALVES, José [et al.] – Mecanismos Fisiopatológicos da Nociceção e Bases da Analgesia Perioperatória em Pequenos Animais. **Acta Biomédica Brasiliensia.** ISSN 2236-0867. Vol. 8, nº 1 (2017), p. 56-68.

AL-WAELI, Haider [et al.] – Chronotherapy of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs May Enhance Postoperative Recovery. **Scientific Reports.** Vol. 10, n.º 468 (2020), p. 1-14.

ANGELLOTTI, Gildo - **Terapia cognitiva-comportamental no tratamento da dor.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ANTUNES, Helena – **Análise do Percurso Clínico de um Paciente com Dor Crónica em Portugal.** Lisboa: Nova Information Management School, Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação. Dissertação de mestrado.

ASHMAWI, Hazem e FREIRE, George – Peripheral and central sensitization. **Revista Dor.** DOI 10.5935/1806-0013.20160044. Vol. 17, Suppl. 1 (2016), S31-S34.

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÃO PORTUGUESES - **Enfermagem Peri operatória – Da filosofia à prática dos cuidados.** Loures: Lusodidata, 2012. ISBN 978-972-8383-16-5.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA AMBULATÓRIA – Cirurgia Ambulatória – Sabe quais são as suas vantagens? [Em linha]. (2020). [Consultado em 15/08/2020]. Disponível em: WWW:<URL:<https://www.facebook.com/APCAPortugal/photos/a.220328984666012/2659148390784047/?type=3>>.

ATAOĞLU, Safinaz, ANKARAH, Handan e ANKARAH, Seyit – Assessment of chronic pain. **Mental Health and Addicttion Research**. DOI 10.157612017 / MHAR.1000132 V. Vol. 2, nº 2 (2017), p. 1-2.

BALDO, Marcus - Somestesia. In AIRES, M. [et al.] (ed.) - **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1999. p. 217-230.

BATALHA, Luís - **Dor em Pediatria - Compreender para Mudar**. Lisboa – Porto: Lidel, 2010.

BATALHA, Luís - Anatomia, neurobiologia e fisiopatologia da dor. In BARATA, Luís (ed.), **A dor: Uma visão multidisciplinar**. Lisboa: Coisas de Ler, 2015. p. 17-35.

BATALHA, Luís - **Avaliação da Dor: Manual de estudo - Versão 1**. Coimbra: ESEnfC, 2016.

BELL, Judith-**Como realizar um projecto de investigação**. Lisboa: Gradiva, 2004.

BINOCHÉ, Thierry e MARTINEAU, Caroline - **Guia prático do tratamento das dores**. São Paulo: Andrei Editora, 2006.

BORGDORFF, Paul –Postoperative pain management. **CME**. Vol. 26, nº 3 (2008), p. 134-136.

CADER, Samária [et al.] - Efeito do treino dos músculos inspiratórios sobre a pressão inspiratória máxima e autonomia funcional de idosos asilados. **Motricidade**. ISSN 1646-107X. Vol. 3, N.º 1 (2007), p. 279-288.

CAILLIET, Rene - **Dor: Mecanismos e Tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1999. ISBN 85-7307-516-3.

CARACENI, Augusto [et al.] - Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care. **Journal of Pain and Symptom Management**. DOI 10.1016/S0885-3924(01)00409-2. Vol. 23, nº 3 (2002), p. 239-255.

CARR, Daniel [et al.] - Visceral pain. **Pain Clinical Updates: International Association for the Study of Pain**. ISSN 1083-0707. Vol. 13, nº 6 (2005), p. 1-6.

CARVALHO, Renan [et al.] – Estudo comparativo da dor pós-operatória após infiltração local de bupivacaína em aponeurose para correção de hernia inguinal. **Pará Research Medical Journal**. ISSN 2594-4371. Vol. 3, nº 2 (2019), p. 1-8.

CASEIRO, José - **A Organização da Analgesia do Pós-Operatório**. Lisboa: Permaneyer Portugal, 2004. ISBN 972-723-133-5.

CASTRO, José [et al.] - **Estudo epidemiológico prospetivo e multicêntrico sobre dor aguda pós-operatória em Portugal – Resultados preliminares**. Lisboa: APED, 2010a.

CASTRO, Karla [et al.] - Fisiomotricidade e limiares de dor: efeitos de um programa de exercícios na autonomia funcional de idosas osteoporóticas. **Fisioterapia em Movimento**. ISSN 0103-5150. Vol. 23, N.º 1 (2010b), p. 161-72.

CATALANO, Ellen e HARDIN, Kimeron - **Dores crônicas: um guia para tratar e prevenir**. São Paulo: Summus editorial, 2004.

CHOU, Roger [et al.] -Guidelines on the Management of Postoperative. Pain Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. **The Journal of Pain**. DOI 10.1016/j.jpain.2015.12.008. Vol. 17, nº 2 (2016), p. 131-157.

CHUNG, Ka-Fai e TSO, Kwok-Chu - Assessing pain in depression: What do ratings on unidimensional pain scales really mean? **Comprehensive Psychiatry**. Vol. 52, nº 2 (2011), p. 208-217.

COHEN, Louis [et al.] – **Research Methods in Education**. New York: Routledge Falmer, 2001. ISBN 0-203-02905-4.

CONIAN, Stephen. e DIAMOND, Antony - **Controlo da Dor**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 9789729725067.

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS - **CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros**. Loures: Lusodidata, 2016. ISBN 978-989-8444-35-6.

CORSON, John e SCHNEIDER, Mary - The dartmouth pain questionnaire: Na adjunct to the McGill pain questionnaire. **Pain**. DOI 10.1016/0304-3959(84)90065-4. Vol. 19, nº 1 (1984), p. 59-69.

COSTA, Carlos - Dor neuropática: novos conceitos, expressão clínica e desafios terapêuticos. **Práctica Hospitalar**. Vol.11, nº 66 (2009), p. 109-110.

COSTA, Ilda - Neurofisiologia da Dor. In RITTO, Cristina (ed.), **Manual de Dor Crónica**. Lisboa: Fundação Grünenthal, 2017. p. 59-80.

COUTINHO, João e NEVES, Jelena Pajic Cassiano – **Manual de Boas práticas da Cirurgia de ambulatório**. Lisboa: 3ª edição. 2019.

COLE, Barry Eliot - **Clinical Pain Management**. United States of America: A medical Publishing Company, 2010. ISBN 978-1-932610-52-9.

CUNHA, Rui – **Dor Crónica – Mecanismos Fisiopatológicos da Sensibilização e Inibição Artigo de Revisão**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2015. Dissertação de mestrado.

DALE, Roger - New directions in education policy: neo keynesian, neo-liberal and neo-shumpeterian approaches. **Comunicação apresentada na Conferência sobre política educativa organizada pela Association for Educational Research**. Auckland, 1995.

D'ARCY, Yvonne - The problem of chronic pain. In D'ARCY, Yvonne (ed.) - **Compact clinical guide to chronic pain management**. New York: Springer publishing company, 2011. p. 4-16.

DECRETO-LEI Nº 75/2013. DR I Série. 104 (2013/06/4) 3218-3219.

DECRETO-LEI Nº 28/2018. DR II Série. 85 (2018/05/03) 4511.

DESPACHO Nº 1380/2018. DR II Série. 28 (2018/02/08) 4511.

DINIZ, Alexandre [et al.] - Direção-Geral de Saúde – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7.

DOURADO, Marília - Fisiopatologia da Dor. In PINTO, Anabela (ed.) - **Fisiopatologia: Fundamentos e aplicações**. Lisboa: Lidel edições, 2007. p. 261-279. ISBN 978-989-752-008-2.

DUBIN, Adrienne e PATAPOUTIAN, Ardem - Nociceptors: the sensors of the pain pathway. **Journal Clinical Investigation**. DOI 10.1172/JCI42843. Vol. 120, nº 11 (2010), p. 3760-3772.

ERNEST, Edzard, WHITE, Adrian - **Acupunctura. Uma avaliação Científica**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2001.

FARAH, Actrice e AMBIEL, Celia - Cuidado nutricional no controle da dor. **Revista do Metabolismo Nutricional**. Vol. 8, nº 4 (2006), p. 178-182.

FERLAY, Jacques - Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. **Annals of Oncology**. Vol. 18 (2007), p. 581-592.

FERREIRA, Maria Salomé - **Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica: Um estudo com doentes em Tratamento de Fisioterapia e Acupunctura**. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2009. Dissertação de doutoramento.

FERREIRA, Maria e COUTO, João – Acupuncture: Gains in the Quality of Life in Patient Rehabilitation with Chronic Neck Pain. **Journal of Alternative Medical Research**. Vol. 3, nº 1 (2018), p. 124.

FERREIRA, Maria Salomé e PEREIRA, Maria Graça - Acupunctura: Um Opiáceo no Tratamento da Dor. **Revista Dor**. ISSN 0872-4814. Vol. 18, nº 1 (2010), p. 15-20.

FERREIRA, Vânia [et al.] – Caracterização da dor em mulheres após o tratamento de câncer de mama. **Escola Anna Nery**. DOI: 10.5935/1414-8145.20140016. Vol. 18, nº 1 (2014), p. 107-111.

FIELDS, Howard e MARTIN, Joseph - Dor: fisiopatologia e tratamento. In KASPER, Dennis [et al.] (eds.) – **Harrison's Principles of Internal Medicine**. New York: Mc Graw Hill Education, 2008. ISBN 9780071641142.

FIELD, Tiffany [et al.] - Leukemia immune changes following massage therapy. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**. Vol. 5, nº 4 (2001), p. 271-274.

FLEISHER, Kimberly [et al.] - Integrative Reiki for cancer patients: a program evaluation. **Integrative Cancer Therapies**. Vol. 13, N.º 1 (2014), p. 62-67.

FLÓRIO, Maria e GALVÃO, Cristina - Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 11, nº 5 (2003), p. 630-637.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência, 2003.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusociência, 2009.

FREITAG, Vera [et al.] – Benefícios do *Reiki* em População Idosa com Dor Crónica. **Texto Contexto em Enfermagem.** Vol. 23, N.º 4 (2014), p. 1032-1040.

FÜRST, Susanna - Transmitters involved in antinociception in the spinal cord. **Brain Research Bulletin.** DOI 10.1016 / s0361-9230 (98) 00159-2. Vol. 48, nº 2 (1999), p. 129-141.

GAGLIESE, Lucia [et al.] - The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. **Pain.** Vol. 117, nº 3 (2005), p. 412-420.

GIACOMAZZI, Cristiane, LAGNI, Verlaïne e MONTEIRO, Mariane – Postoperative pain as a contributor to pulmonary function impairment in patients submitted to heart surgery. **Brazilian Journal Cardiovascular Sugery.** Vol. 21, nº 4 (2006), p. 386-392.

GOICOECHEA, Carlos e MARTÍN, Maria - Mecanismos periféricos y centrales del dolor. **Reumatología Clínica.** Vol. 2, nº 1 (2006), p. 6-8.

GOLDMAN, Allan - Pain management. **Archives of Disease in Childhood.** Vol. 68, nº 3 (1993), p. 423-425.

GOLIANU, Brenda [et al.] - Pediatric acute pain management. **Pediatrics Clinics of North America.** DOI 10.1016 / s0031-3955 (05) 70226-1. Vol. 47, nº 3 (2000), p. 125-136.

GRENCHO, Leonel - O enfermeiro na avaliação da dor. **Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem.** Vol. 243 (2009), p. 8-12.

GREENBERG, Ron, SKORNICK, Yehuda e KAPLAN, Ofer - Management of breast fibroadenomas. **Journal of General Internal Medicine.** Vol. 13, nº 9 (1998), p. 640-5.

GUYTON, Arthur e HALL, John - **Tratado de Fisiologia Médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogen, 1996. ISBN 8527703955.

GUYTON, Arthur e HALL, John - **Textbook of Medical Physiology.** Mississippi: Elsevier Saunders, 2006. ISBN 0-7216-0240-1.

HESBEEN, Walter - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspetiva de Cuidar.** Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972- 8383-11-8.

HJERMSTAD, Marienne [et al.] - Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: A systematic literature review. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 41, nº 6 (2011), p. 1073-1093.

HONERVOGT, Tanmaya. - **Reiki: cura e harmonia através das mãos**. São Paulo: Pensamento, 2005.

HUGHES, Deborah [et al.] - Massage therapy as a supportive care intervention for children with cancer. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 35, nº 3 (2008), p. 431-442.

HUI YUN, Vivian [et al.] - Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption - A qualitative systematic review. **Anesthesiology**. Vol. 111 (2009), p. 657-677.

IMBELLONI, Luiz [et al.] - General Anesthesia versus Spinal Anesthesia for Laparoscopic Cholecystectomy. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Vol. 60, nº 3 (2010), p. 217-221.

ISHIJIMA, Buichi [et al.] - Lesions of spinal and trigeminal dorsal root entry zone for deafferentation pain. Experience of 35 cases. **Applied Neurophysiology**. DOI 10.1159 / 000099961. Vol. 51, nº 2-5 (1988), p. 175-187.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – IASP Announces Revised Definition of Pain. [Em linha]. (2020). [Consultado em 23/05/2021]. Disponível na WWW: <URL:<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>>.

JULIUS, David e BASBAUM, Allan - Molecular mechanisms of nociception. **Nature**. DOI 10.1016 / j.cell.2009.09.028. Vol. 413, nº 6852 (2001), p. 203-210.

KARKLIS, Ivan e CORRÊA, Ricardo - A dor: uma experiência na história. Sociedade Brasileira de História da Medicina. [Em linha]. (2011). [Consultado em 12/11/2019]. Disponível na WWW: <URL:<https://sbhm.webnode.com.br/news/a%20dor%3A%20uma%20experi%C3%AAncia%20na%20historia/>>.

KAZANOWSKI, Mary e LACCETTI, Margaret - **Dor: Fundamentos, Abordagem clínica, Tratamento**. Rio de Janeiro: Editora Lab, 2005.

KNEGT, Nanda [et al.] - Does format matter for comprehension of a facial affective scale and a numeric scale for pain by adults with Down syndrome? **Research in Developmental Disabilities**. Vol. 34 (2013), p. 3442-3448.

KRAYCHETE, Durval [et al.] – Dor crónica persistente pós-operatória: o que sabemos sobre prevenção, fatores de risco e tratamento? **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Vol. 66, nº 5 (2016), p. 505-512.

KURITA, Geana e PIMENTA, Cibele – Adesão ao Tratamento da Dor Crónica. Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. Vol. 61, nº 2-B, p. 416-425.

LAZURE, Hélène - **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

LE BARS, Daniel e WILLER, Jean-Claude (2004). Physiologie de la douleur. **EMC-Anesthésie Réanimation**. Vol. 1, nº 4 (2004), p. 230-252.

LEMOES, Adail - **Dor crônica: diagnóstico, investigação, tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2007. ISBN 9788573796674.

LEMOES, Simone e AMBIELE, Celia - Dor em pediatria: fisiopatologia, avaliação e tratamento. **Revista Saúde e Pesquisa**. ISSN 1983-1870. Vol. 3, nº 3 (2010), p. 371-378.

LIOSSI, Christina e HATIRA, Popi - Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations. **International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis**. Vol. 47 (1999), p. 104-116.

LOMAN, Deborah - The use of complementary and alternative health care practices among children. **Journal of Pediatric Health Care**. Vol. 17, nº 2 (2003), p. 58-63.

LOPES, José - **Fisiopatologia da Dor**. Lisboa: Permayner Portugal, 2003. ISBN 972-733-133-5.

LOPEZ, Alvarez [et al.] - Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo post operatório en cirugía ambulatoria. **ASCEMA**, 2012. ISBN 978-84-92977-29-1.

MACCAFFERY, Margo e PASERO, Chris –**Pain: Clinical Manual**. St Louis: Mosby, 1999. ISBN 0-8151-5609-X. p.398.

MACHADO, M. A. - **Aromaterapia: A escolha do óleo essencial pelo interagente no**

teste olfativo. Tubarão: Faculdade de Naturologia Aplicada da Universidade do Sul de Santa Catarina, 2009. Monografia de conclusão de curso.

MARÔCO, João - **Análise Estatística com o SPSS Statistics.** Pêro Pinheiro: Report Number, Lda, 2011.

MARQUES, Maria - **O fenómeno da dor numa unidade de cuidados intensivos: um estudo metodológico, exploratório e descritivo.** Gandra: Instituto Superior de Ciências da Saúde, 2009. Dissertação de mestrado.

MARTELLI, Anderson e Zvarize, Sérgio – Vias Nociceptivas e seus Impactos nas Atividades da Vida Diária. **UNICIÊNCIAS.** Vol. 17, nº 1 (2013), p. 47-51.

MARTINHO, Catarina – **Adesão Terapêutica: Um Passo para uma Transição Saudável.** Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, 2015. Dissertação de mestrado.

MARTINS, Maria e TRAVANCA, Maria - A caminho do cuidar e enfermagem. Um outro olhar à pessoa com dor. **Revista Dor.** ISSN 0872-4814. Vol. 11, nº 4 (2003), p. 23-28.

MARTINEZ, José, GRASSI, Daphine e MARQUES, Laura – Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia.** Vol. 51, nº 4 (2011), p. 299-305.

MARTINS, Thaís [et al.] – Reconstrução mamária imediata *versus* não reconstrução pós-mastectomia: estudo sobre a qualidade de vida, dor e funcionalidade. **Fisioterapia e Pesquisa.** Vol. 24, nº 4 (2017), p. 412-419.

MCCAFFERY, Margo - **Nursing practice theories related to cognitive, bodily pain and man-environmental interactions.** Los Angeles: UCLA Students Store, 1968.

MCGILLION, Michael e WATT-WATSON, Judith – Dor. In MONAHAN, Frances [et al.] (eds.) – **Phipps - Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspetivas de saúde e doença.** Loures: Lusodidata, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2. p. 343-365.

MEIER, Alcione, [et al.] - Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato. **Revista Gaúcha Enfermagem.** Vol 38. Nº 2 (2017).

MEIRINHOS, Manuel e OSÓRIO, António (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. **EDUSER: Revista de Educação**. Vol. 2, nº 2 (2010), p. 49-65.

MELZACK, Ronald e WALL, Patrick - **O Desafio da Dor**. Lisboa: Fundação Calouste de Gulbenkian, 1989. ISBN 9789723101058.

METZGER, Christiane [et al.] - **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Camarate: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-32-0.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Relatório final da Avaliação da situação Nacional dos Blocos Operatórios**. Lisboa: MS, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Relatório de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e entidades convencionadas de 2017**. Lisboa: MS, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Relatório Anual. Relatório e Contas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde**. Lisboa: MS, 2018.

MOFFAT, Ryan e RAE, Colin - Anatomy, physiology and pharmacology of pain. **Anesthesia and Intensive Care Medicine**. DOI 10.1016/j.mpaic.2010.10.011. Vol. 12, nº 1 (2010), p.12-15.

MORGAN, G. Edward e MIKHAIL, Michael - **Anestesiologia clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MOSEGAARD, Sebastian, STILLING, Maiken, HANSEN, Torben – Pain Catastrophizing Scale as a predictor of low postoperative satisfaction after hand surgery. **Journal of Orthopaedics**. Vol. 21 (2020), p. 245-248.

MUELLER, Xavier - Pain location, distribution, and intensity after cardiac surgery. **Chest**. Vol. 118, nº 2 (2000), p. 391-396.

NAIDU, Ramana e PHAM, Thoha - Pain management. In SIKKA, Paul, BEAMAN, Shawn e STREET, James (eds.) – **Basic Clinical Anesthesia**. New York: Springer, 2015, p. 265-296.

NAZÁRIO, Afonso, REGO, Mychely e OLIVEIRA, Vilmar – Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol 29, nº 4 (2007), p.211-219.

NGUYEN, Thanh [et al.] - Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. Vol. 27, nº 3 (2010), p. 146-155.

NUNES, Lucília, AMARAL, Manuela, GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005.

OLIVEIRA, Thiago, LOUZADA, Laura, JORGE, Jaci – Raquianestesia: prós e contras. **Revista Médica de Minas Gerais**. Vol. 25, Supl. 4 (2015), p. S28-S35.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 122/2011**. Lisboa: OE, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. **Cadernos OE**. ISBN: 978-989-8444-23-3. Vol. 1, N.º 6 (2013), p. 6-75.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). [Em linha]. [Consultado a 14/12/2019]. Disponível na WWW: <[URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf)>.

PAULINO, Marco - Editorial: Dor e Psiquiatria e Saúde Mental. **Revista Dor**. ISSN 0872-4814. Vol. 23, nº 8 (2015), p. 3.

PEDROSO, Diogo e MENDONÇA, Fabrício - Simetrização com implantes submusculares na busca de resultados duradouros em reconstruções mamárias. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. Vol. 32, nº 4 (2017), p. 528-533.

- PEREIRA, Maria - **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-92-4.
- PHIPPS, Wilma - **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática**. Lisboa: Lusodidacta, 1996. ISBN 972- 96610-0-6.
- PIMENTA, Cibeles e TEIXEIRA, Manoel - Questionário de Dor McGill: Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa. **Revista Escola de Enfermagem USP**. Vol. 30, nº 3 (1996), p. 473-483.
- PIMENTA, Cibeles [et al.] - Controle da dor no pós-operatório. **Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo**. Vol. 35, nº 2 (2001), p. 180-183.
- PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde - **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7.
- PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde - **Circular Normativa Nº 09/DGCG - A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS, 2003.
- PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde – **Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD – Programa Nacional da Dor**. Lisboa: DGS, 2008.
- POWELL, Rovman [et al.] - Antecedente de dor e avaliação da dor. In KOPF, Andreas e PATEL, Nilesh (ed.), **Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos**. Seattle: IASP Press, 2010, p. 65-77.
- QUINTAL, Maria – **Biblioteca da Dor: Dor Neuropática**. Lisboa: Permanyer Portugal, 2004. ISBN 972-733-133-5.
- RAMADA, Nadia, ALMEIDA, Fabiane e Cunha, Mariana – Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein**. Vol. 11, N.º 4 (2013), p. 421-425.
- RIGOTTI, Marcelo e FERREIRA, Adriano – Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arquivo de Ciências da Saúde**. Vol. 12, N.º 1 (2005), p. 50-54.
- RISTOL, García-Albea - Acupuntura y Neurología. **Revista de Neurología**. Vol. 25, nº 142 (1997), p. 894-898.
- RIVADENEIRA, David [et al.] - Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised 2010). **Diseases of the Colon & Rectum**. Vol.54, nº 9 (2011), p. 1059-1064.

ROBLEDA, Gemma [et al.] – Influência do estado emocional pré-operatório na dor pós-operatória após cirurgias ortopédicas e traumatológicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 22, nº 5 (2014), p. 785-791.

RUYSEN-WITRAND, Adeline, TUBACH, Florence e RAVAUD, Philippe (2011). Systematic review reveals heterogeneity in definition of a clinically relevant difference in pain. **Journal of Clinical Epidemiology**. DOI 10.1016 / j.jclinepi.2010.06.008. Vol. 64, nº 5 (2011), p. 463-470.

SALLUM, Ana, GARCIA, Dayse e SANCHES, Mariana - Dor aguda e crónica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**. ISSN 1982-0194. Vol. 25, nº 1 (número especial), p. 150-154.

SANTOS, Monica, NOVAES, Cristiane e IGLESIAS, Antonio – Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de avaliação pré-anestésica de um hospital universitário. **Revista Brasileira Anestesiologia**. Vol. 67, nº 5 (2017), p. 457-467.

SARMENTO, Paula [et al.] - **Recomendações para o tratamento da Dor Aguda Pós-operatória em cirurgia de ambulatório**. Porto: APCA, 2013.

SARMENTO, Manuela – **Metodologia científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses**. Lisboa: Editora Universidade Lusíada, 2013.

SCHESTATSKY, Pedro - Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. **Revista HCPA**. Vol. 28, nº 3 (2008), p. 177-179.

SCHUBERT, Moonkyung [et al.] - What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders. **World Journal of Gastroenterology**. Vol. 15, nº 26 (2009), p. 3201-3209.

SCHULLER, Robert e ROOSEVELT, Theodore – Tomada de decisão, solução de problemas, raciocínio crítico e raciocínio clínico: requisitos para uma liderança e administração de sucesso. [Em linha]. [Consultado a 26/07/2020]. Disponível na WWW:URL:<<https://statics-americanas.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/123673301.pdf>>.

SCOPEL, Evânea, ALENCAR, Márcia e CRUZ, Roberto – Medidas de avaliação da dor. **EFDeportes.com – Revista Digital**. Vol.11, N.º 105. Disponível na WWW: URL:<<https://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>>.

SILVA, Claudirene, OLIVEIRA, Benigna e SILVA, Yerkes – Avaliação e tratamento da dor em oncologia pediátrica. **Revista Médica de Minas Gerais**. Vol. 22, Supl. 7 (2012), p. S22-S31.

SILVA, Maria e JÚNIOR, Domingos – Ensinando o toque terapêutico – Relato de uma experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 4, N.º Especial (1991), p. 91-100.

SILVA, Pedro [et al.] - **A adesão à Terapêutica em Portugal - Atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010. ISBN 978-972-671-257-2.

SMELTZER, Suzanne [et al.] –**Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUSA, Braulio - **O Follow-up e as Complicações Pós-Operatórias em Cirurgia de Ambulatório**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem, 2014. Dissertação de mestrado.

Souza, Juliana – Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crónica? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 15, N.º 2 (2009), 145-150.

SOUSA, Maria e BAPTISTA, Cristina - **Como fazer investigações, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha**. Lisboa: Lidel, 2011.

SOUZA, Carvalho [et al.] - Dor aguda e relação de género: diferentes percepções em Homens e Mulheres. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Vol 14, nº1 (2013).

SOUZA, Fátima e SILVA, José – A Métrica da Dor (Dormetria): Problemas Teóricos e Metodológicos. **Revista Dor**. Vol. 6, nº 1 (2005), p. 469-513.

SOUZA, Viviane e CORGOZINHO, Marcelo – A enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória. **Revista Cientí**. Vol. 5, nº 1 (2016), p. 70-78.

STEFFANNEL, Maguida e CARVALHO, Emilia – **A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem**. São Paulo: Manol, 2005. ISBN 8520421962.

TASKER, Ronald e DOSTROVSKY, Jonathan - Deafferentation and central pain. In WALL, Patrick e MELZACK, Ronald (eds.), **Textbook of pain**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989. p.154-180.

TEIXEIRA, Manoel – Fisiopatologia da Nociceção e da Supressão da Dor. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**. Vol. 1, nº 4 (2001), p. 329-334.

TEIXEIRA, Manoel - Mecanismos de ocorrência da dor. In TEIXEIRA, Manoel, YENG, Lin e KAZIYAMA, Helena (eds.) - **Dor - síndrome dolorosa miofascial e dor musculoesquelética**. São Paulo: Roca, 2008, p. 15-51.

TEIXEIRA, Manoel [et al.] - **Dor: Manual para o Clínico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. ISBN 978-8573798500.

THOMAS, Nicola - **Enfermagem em Nefrologia**. Loures: Lusociência, 2005.

VALENTE, Rui [et al.] - Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para o Tratamento da Dor Aguda 2018. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**. Vol. 28, nº 2 (2019), p. 102.

VALLANO, Antoni [et al.] – Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: across sectional study. **European Journal of Pain**. Vol. 10, nº 8 (2006), p. 721-731.

VARANDAS, Cláudia – **Fisiopatologia da Dor**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2013. Dissertação de mestrado.

VILLEGAS, Maurício - Evaluación y Diagnóstico del Dolor. In VÉLEZ, Herman [et al.](ed.) - **Fundamentos de Medicina: Dolor y Cuidados Paliativos**. 1ª Edição. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2005, p. 25-31.

VITOR, Aline [et al.] – Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. **RECIS – Revista Eletrónica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. ISSN 1981-6278. Vol. 2, nº 1 (2008), p. 87-96.

WALL, Patrick e MELZACK, Ronald - **Textbook of Pain**. Elsevier, 1999.

WARFIELD, Carol e FAUSETT, Hilary - **Diagnóstico y Tratamiento del Dolor**. Barcelona: Masson, 2004.

WAY, Laurence e DOMERTY, Gerard - Cuidados Pós-operatórios. In **Cirurgia – Diagnóstico & Tratamento**. Brasil: Editora Guanabara Koogan, 2004, p. 12- 18.

WILD, Matt e ESPIE, Colin - The efficacy of hypnosis in the reduction of procedural pain in pediatric oncology: a systematic review. **Journal of Development & Behavioral Pediatrics**. Vol. 25, nº 3 (2004), p. 207-213.

WRIGHT, Anthony - Neurophysiology of pain and pain modulation. In STRONG, Jennifer [et al.] (ed.) - **Pain: A textbook for therapists**. China: Churchill Livingstone, 2002, p. 43-49

ZIMMERMANN, Mathias - Basic Physiology of Pain Perception. In LAUTENBACHER, Stefan e FILLINGIM, Roger (ed.) - **Pathophysiology of Pain Percetion**. New York: Kluwer Academic - Plenum Publishers, 2004. p. 1-3.

APÊNDICES

Apêndice I - Questionário do Telefonema do Dia Seguinte

UAG de Cirurgia Serviço de Cirurgia de Ambulatório		
Telefonema do dia seguinte		
Cirurgia: _____	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; background-color: #f2f2f2;"> Vinheta do utente (com 1 ou 2 telefones actualizados. Se possível telemóvel) </div>	
Data da cirurgia: ____/____/____		
Técnica anestésica: _____		
Data do telefonema: ____/____/____		
Avaliação pós-operatória	Alta da Unidade	As 24 horas
Dor – Escala VAS (0 a 10)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penso – Limpo (L) Sujo (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicação Domicílio – Esquema A/B/C	<input type="checkbox"/>	
Destino - Alta (A) Internamento (I)	<input type="checkbox"/>	
O/A Enfermeiro/a:		
A viagem de regresso a casa decorreu sem problemas? Sim (S) Não (N)		<input type="checkbox"/>
Passou bem a noite? Sim (S) Não (N)		<input type="checkbox"/>
Tomou medicação? Sim (S) Não (N)		<input type="checkbox"/>
Quem respondeu à chamada: Próprio (P) Familiar (F)		<input type="checkbox"/>
OBS:		
O/A Enfermeiro/a:		

Apêndice II - Questionário do Telefonema dos 30 Dias

UAG de Cirurgia Serviço de Cirurgia de Ambulatório	
Telefonema dos 30 dias	
<p>Cirurgia: _____</p> <p>Data da cirurgia: ____/____/____</p> <p>Técnica anestésica: _____</p> <p>Data do telefonema: ____/____/____</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p><small>Voluntade do utente (com 1 ou 2 telefonemas actualizados. Se possível telemóvel)</small></p> </div>
Avaliação pós-operatória aos 30 dias	
Dor – Escala VAS (0 a 10)	<input type="checkbox"/>
Infeção – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>
Atividades vida diária – Sem Restrição (SR) Com restrição (CR)	<input type="checkbox"/>
Integração profissional – Nº Dias	<input type="checkbox"/>
Já teve consulta pós-operatória da especialidade? – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>
Se não está marcada? – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>
Internamento? – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>
Reintervenção Cirúrgica? – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>
Outras complicações? – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>
Se sim, quais?	
Se pudesse escolher, e caso necessitasse, voltaria a ser operado neste Serviço? – Sim (S) Não (N)	<input type="checkbox"/>
Se não, porquê?	
Se pudesse escolher, e caso tivesse que ser novamente intervencionado, qual a anestesia que escolheria? – Geral (G) Locoregional (L)	<input type="checkbox"/>
Quem respondeu à chamada: Próprio (P) Familiar (F)	<input type="checkbox"/>
OBS:	
A Enfermeira:	



Comissão de Ética Centro Hospitalar São João /
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

n.º _____ / _____

Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: "Follow Up da Dor pós-operatória em Utentes submetidos a Cirurgia de Ambulatório"

Nome do investigador: Vânia Teresa Lima Fernandes Lobão

Endereço eletrónico: vanialimafernandes@gmail.com

Contacto telefónico: 913890349

Caracterização da investigação:

☒ Estudo retrospectivo

☐ Estudo observacional

☐ Estudo prospetivo

☐ Inquérito

☐ Outro, Qual?

Tipo de investigação:

☐ Com intervenção

☒ Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): ☒ Sim ☐ Não

Promotor (se aplicável):

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Maria Salomé Ferreira

Endereço eletrónico: salomeferreira@ess.ipvc.pt

Local/locais onde se realiza a investigação: Serviço de Cirurgia de Ambulatório do CHUSJ

Data prevista para início: 02 / 10 / 2019

Data prevista para o término: 31 / 03 / 2020

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos:

- Caracterizar a intensidade da Dor pós-operatória às 24h em Utentes submetidos a Cirurgia de Ambulatório do foro da Cirurgia Geral;
- Correlacionar dados sócio-demográficos e clínicos com a intensidade da Dor pós-operatória;
- Identificar o papel do Enfermeiro no Follow Up da Dor pós-operatória;
- Identificar o número de Utentes com Dor moderada às 24h pós cirurgia, e verificar a necessidade de um contacto telefónico às 72h pós cirurgia

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/ riscos):

A prevenção, deteção e o encaminhamento em tempo útil, ajudam a reduzir as complicações cirúrgicas associadas à alta prevalência de Dor pós-operatória. Conhecer os fatores que propiciam a ocorrência de Dor pós-operatória será uma contribuição importante para o tratamento adequado de cada utente. Segundo dados do Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde (2017,p.230), refere que em 2010, as cirurgias de ambulatório eram cerca de 49,4% do total de cirurgias programadas, e este número subiu para 63, 2% no final de 2017. Os dados mais recentes, segundo a APCA (2019) indicam que em 2018 os procedimentos cirúrgicos foram de 65,62%. Então, o Follow Up dos utentes submetidos a cirurgia de ambulatório, é fundamental, uma vez que o utente se encontra domiciliado, pelo que necessita de igual acompanhamento, tal como os utentes internados.

CONFIDENCIALIDADE	
De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação? Os dados são recolhidos sem a identificação dos utentes	
O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CONSENTIMENTO	
O estudo implica recrutamento de:	
Doentes: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Voluntários saudáveis: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Menores de 18 anos: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Se não, referir qual o fundamento para a isenção:	
Os utentes respondem voluntariamente ao questionário de follow up realizado pelo equipa de enfermagem. Os dados são recolhidos sem a identificação dos utentes e trata-se de um estudo retrospectivo, não influenciando o tratamento dos utentes	
Existe informação escrita aos participantes: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
PROPRIEDADE DOS DADOS	
A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:	
<input checked="" type="checkbox"/> Investigador	<input type="checkbox"/> Promotor <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Serviço onde é realizado
<input type="checkbox"/> Não aplicável	Outro: _____
BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES	
Benefícios previsíveis:	
Aumentar a evidência científica em relação à Dor pós-operatória de modo a melhorar o acompanhamento dos utentes submetidos a cirurgia de ambulatório	
Riscos/incómodos previsíveis:	
Sem riscos previsíveis	
São dadas contrapartidas aos participantes:	
· pela participação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável
· pelos deslocamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável
· pelas faltas ao emprego	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável
· por outras perdas e danos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável
CUSTOS / PLANO FINANCEIRO	
Os custos da investigação são suportados por:	
<input type="checkbox"/> Investigador	<input type="checkbox"/> Promotor <input type="checkbox"/> Serviço onde é realizado
<input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável	Outro: _____
Existe protocolo financeiro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

☐ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)

☒ Protocolo do estudo

☒ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância do chefe de enfermagem)

☐ Profissional de ligação

☐ Informação dos orientadores

☐ Informação ao participante

☐ Modelo de consentimento

☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): _____

☒ Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)

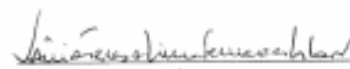
☐ Protocolo financeiro

☐ Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES


Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 2 de Outubro de 2019

Nome legível: VANÍLIA TERESA LIMA FERNANDES LOBÃO 
assinator

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/FMUP Entrada na reunião plenária da CE de 25 / 10 / 19

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.


Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

 SÃO JOÃO	<p>RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO</p> <p>Pedido de Reutilização de Registos Clínicos para Investigação e Desenvolvimento (I&D)</p> <p>Exmo. Senhor Responsável pelo Acesso à Informação (Artigo 9º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto) Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães</p>	<p>Número do Pedido <u>11901151618</u> (A preencher pelo Gabinete de Apoio ao I&D)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>AUTORIZADO</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>29.10.19</p> </div>
--	--	---

1. Identificação do(s) Investigador(es) Preenchimento Obrigatório

1.1. Investigador Principal

Nome Vânia Teresa Lima Fernandes Lobão

Contacto telefónico 9 1 3 8 9 0 3 4 9

Endereço eletrónico vanialimafernandes@gmail.com

1.2. Investigador(es) Associado(s)

Número Total: 1

Nome Maria Salomé Ferreira

Contacto telefónico 9 6 7 0 1 2 4 4 9

Endereço eletrónico salomeferreira@ess.ipvc.pt

Nome _____

Contacto telefónico _____

Endereço eletrónico _____@_____

Nome _____

Contacto telefónico _____

Endereço eletrónico _____@_____

1.3. Afiliação Institucional do Investigador Principal

1.3.1. Grupo Profissional

☐ Médico(a) ☒ Enfermeiro(a) ☐ Docente ☐ Estudante
☐ Outro. Qual? _____

1.3.2. Documento de identificação pessoal ou profissional

☒ Cartão de Cidadão ☐ Bilhete de Identidade ☐ Célula Profissional
☐ Cartão de Docente ☐ Cartão de Estudante ☐ Outro. Qual? _____

Número de Documento 1 1 4 5 6 3 4 0

2. Enquadramento e Identificação do Trabalho de Investigação e Desenvolvimento Preenchimento Obrigatório

2.1. Enquadramento da Investigação

☒ Trabalho académico de investigação e desenvolvimento:
 ☐ Não conferidor de grau
 ☐ Conferidor de grau: ☐ Licenciatura ☒ Mestrado ☐ Doutoramento
☐ Projeto de investigação e desenvolvimento

2.2. Entidade(s) que tutela(m) a investigação

☐ Centro Hospitalar de São João
Serviço: _____

☐ Universidade do Porto
Faculdade / Instituto: _____

☒ Outra Instituição. Qual? Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde

Há alguma parceria entre instituições?

☒ Não ☐ Sim. Qual(is)? _____

2.3. Orientador Se Aplicável

Contacto telefónico 9 6 7 0 1 2 4 4 9

Endereço eletrónico salomeferreira@ess.ipvc.pt

2.4. Título provisório
"Follow up da Dor pós-operatória em utentes submetidos a Cirurgia de Ambulatório"

Deverá posteriormente indicar o título definitivo para emissão do Certificado de Reutilização pelo RAI - Data ReUse Certificate for Research - DARE através dos contactos disponíveis ao fim deste formulário.

2.5. Acesso requerido

☐ Ficheiro

Descrição do património informacional a que pretende ter acesso, identificando a informação a obter, i.e. nome, morada, diagnóstico, idade, códigos dos distritos, entre outros.

☒ Consulta de processos clínicos em ambiente papel:

☒ Bloco ☐ Consulta Externa ☐ Hospital de Dia ☐ Internamento ☐ MCDT ☐ Urgência

Deverá anexar ficheiro(s) contendo a identificação do pretendido, i.e. números de processos, equidécias, números de utente, entre outros.

[Anexar ficheiro\(s\) de acesso](#)

☐ Consulta de registos clínicos eletrónicos

Especificar os Sistemas de Informação: _____

Data previsível de fim de utilização das credenciais de acesso - -

☐ Outro Acesso. Qual? _____

2.6. Pareceres e Autorizações

☐ Autorização da Hierarquia

☐ Protocolo Científico Aprovado ¹

☐ Parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES) ¹

☐ Parecer do Centro de Epidemiologia Hospitalar ¹

Deverá anexar ficheiro(s) contendo cópia dos documentos referentes às opções selecionadas.

[Anexar ficheiro\(s\) de acesso](#)

¹ Obrigatório quando aplicável

3. Observações

Preenchimento Facultativo

4. Aceitação dos Termos e Condições da Reutilização

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da lei já citada (n.º 2 e 3 do artigo 21 e o n.º 1 e 2 do artigo 12, ambos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto) ao submeter o presente pedido concordo e fico ainda vinculado aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Não vou elaborar registos, susceptíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Não vou elaborar, nem ficar na posse, de cópias de bases de dados utilizadas na recolha de informação;
- Comprometo-me a obter junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) as necessárias autorizações, para eventuais bases de dados que venha a conceber e utilizar no âmbito da presente investigação;
- Comprometo-me a devolver ao Centro Hospitalar de São João, na pessoa do seu Diretor Clínico, as bases de dados e o resultado da investigação;
- Comprometo-me a ocultar os elementos de identificação da(s) pessoa(s) a quem os registos digam respeito, em futuras e eventuais publicações de resultados;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nas instalações que me forem indicadas para o efeito;
- Comprometo-me a obter os necessários pareceres, quer da Comissão de Ética do Hospital, quer do Centro de Epidemiologia Hospitalar, sempre que necessário;
- Comprometo-me a citar as fontes sempre que publicitar o trabalho de investigação independentemente de requerer a Certidão de Reutilização (DATA REUse Certificate for Research - DARE);
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, resultará no apuramento de responsabilidades disciplinares, cíveis e penais e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.

5. Decisão do investigador sobre requerer a DATA REUse Certificate for Research - DARE

Preenchimento Obrigatório

☒

 Pretendo desde já requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consultei em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/710>.

☐

 Não pretendo requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consultei em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/710>.

6. Assinatura

Nota 1: Se o presente pedido for submetido eletronicamente ou for assinado digitalmente qualificado, ou posteriormente visto no Centro Hospitalar de São João caberá o seu documento de identificação pessoal, ou ao âmbito do seu acesso de liberdade e acesso à informação o presente do seu consentimento enviar cópia do referido documento, neste caso, concluído o processo ser-lhe-á devolvido ou eliminado o original do documento de identificação pessoal, conforme as indicações que dá.

Nota 2: Se o presente pedido for entregue presencialmente, assina e colas o documento de identificação a quem recebe o pedido.

Data

2019

10

02

Investigador Principal

Apêndice IV - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário XXX

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do

Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projecto: Follow up da dor pós-operatória em utentes submetidos a Cirurgia de Ambulatório

Nome da Investigadora Principal: Enf.ª Vânia Teresa Lima Fernandes Lobão

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Cirurgia de Ambulatório do CHUSJ. Dispõe de autorização da Direcção de Serviço e da concordância da Chefia de Enfermagem.

Objectivos do Estudo:

- Caracterizar a intensidade da dor pós-operatória às 24h em utentes submetidos a Cirurgia de Ambulatório do foro da Cirurgia Geral;
- Correlacionar dados sociodemográficos e clínicos com a intensidade da dor pós-operatória;
- Identificar o papel dos enfermeiros no follow-up da dor pós-operatória;
- Identificar o número de utentes com dor moderada às 24h pós cirurgia, e verificar a necessidade de um contacto telefónico às 72h pós cirurgia.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Prof.ª Doutora Salomé Ferreira.

Concepção e Pertinência do estudo:

De acordo com os dados do Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde, as cirurgias de ambulatório desde 2010 (49,4%) têm vindo a aumentar, sendo que em 2017 o número subiu para 63,2% e em 2018 65,62%. Neste sentido o Follow up dos utentes submetidos a cirurgia de ambulatório, é fundamental.

De acordo com a literatura, a deteção e o encaminhamento em tempo útil ajudam a reduzir as complicações cirúrgicas associadas à alta prevalência de dor pós-operatória. Conhecer os fatores que propiciam a ocorrência de dor pós-operatória constituirá um contributo importante para o tratamento adequado de cada utente.

Assim, de acordo com estes pressupostos e de forma a responder aos objetivos a investigadora optou por um estudo quantitativo e retrospectivo. Da amostra farão parte os utentes submetidos a cirurgia de ambulatório no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de julho de 2019, que cumpram os critérios de inclusão e exclusão.

Benefício/risco:

N/A

Confidencialidade dos dados:

Acautelada pela investigadora referindo que os dados serão recolhidos sem a identificação dos utentes.

Apresentou um pedido de reutilização de registos clínicos para Investigação e Desenvolvimento ao RAI.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: N/A

O estudo é retrospectivo, com dados anonimizados já existentes, sem recrutamento de utentes. Esses dados serão obtidos mediante a autorização do RAI.

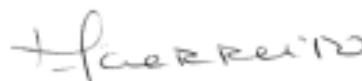
Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: março de 2020

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 25 de outubro de 2019

A Relatora da CES, Teresa Guerreiro



Apêndice V-Resultados: Diagramas de Dispersão da Idade e do Nível de Dor

Gráfico 2. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor

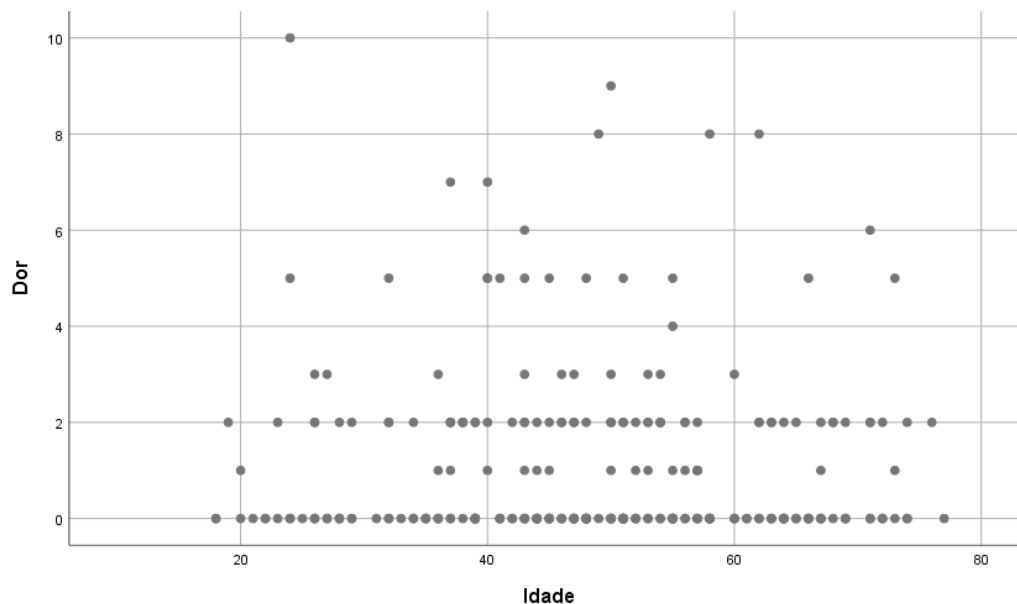


Gráfico 3. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na hernioplastia da parede abdominal

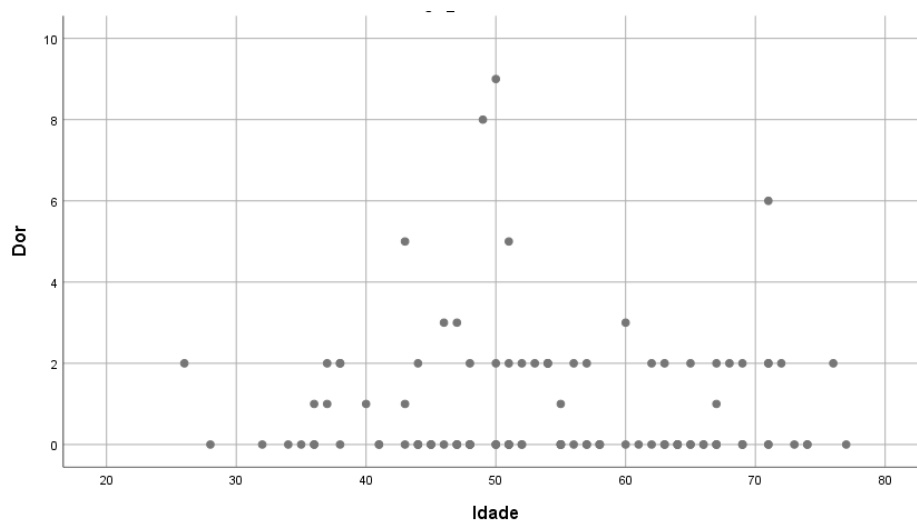


Gráfico 4. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na hemorroidectomia

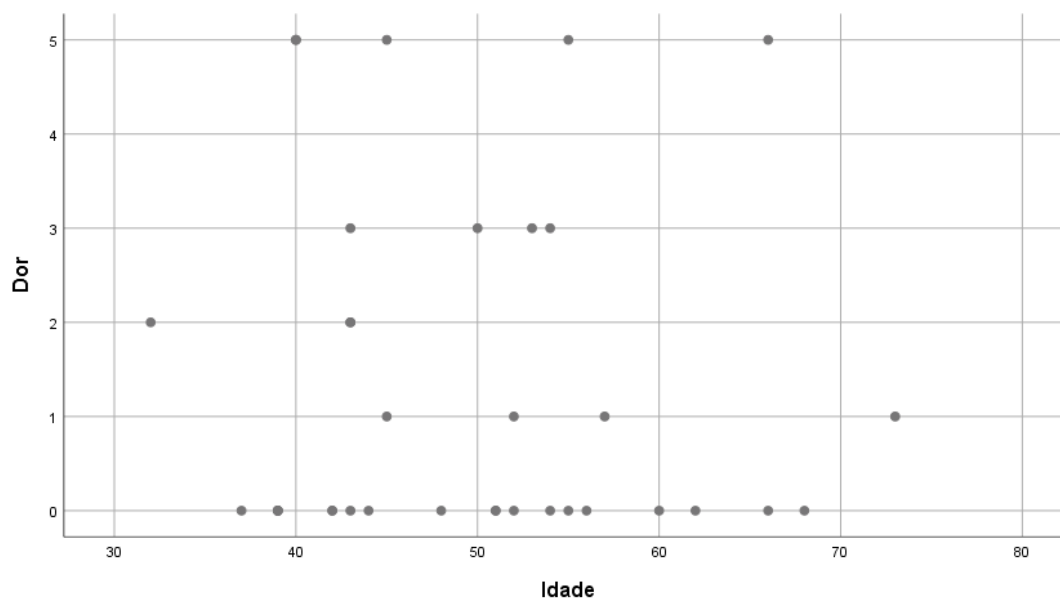


Gráfico 5. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na cirurgia da mama

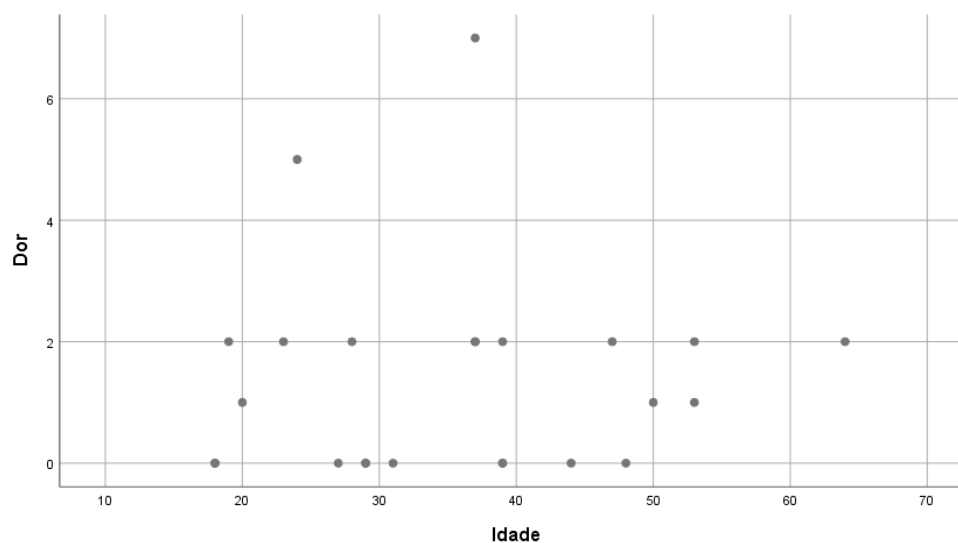


Gráfico 6. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na colecistectomia laparoscópica

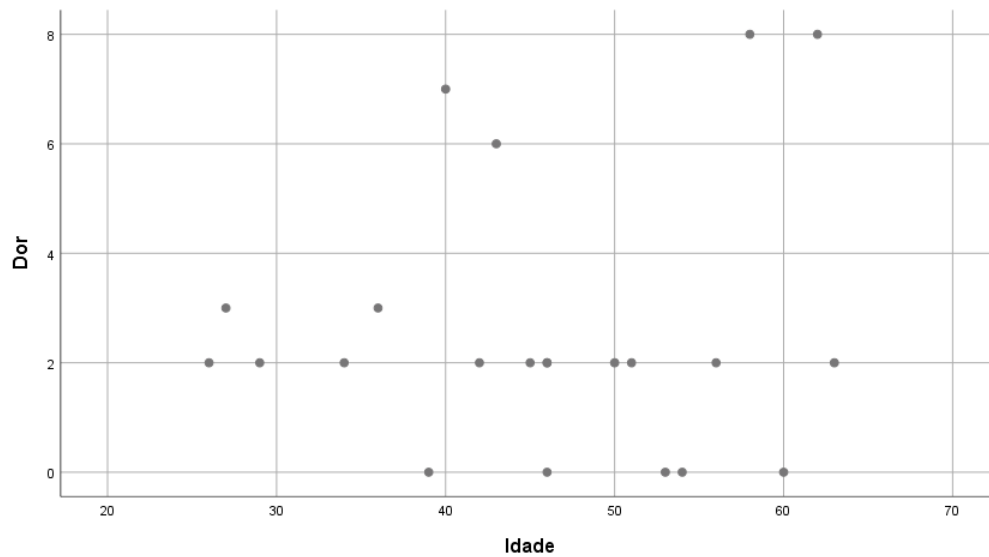


Gráfico 7. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, na colocação de cateter peritoneal

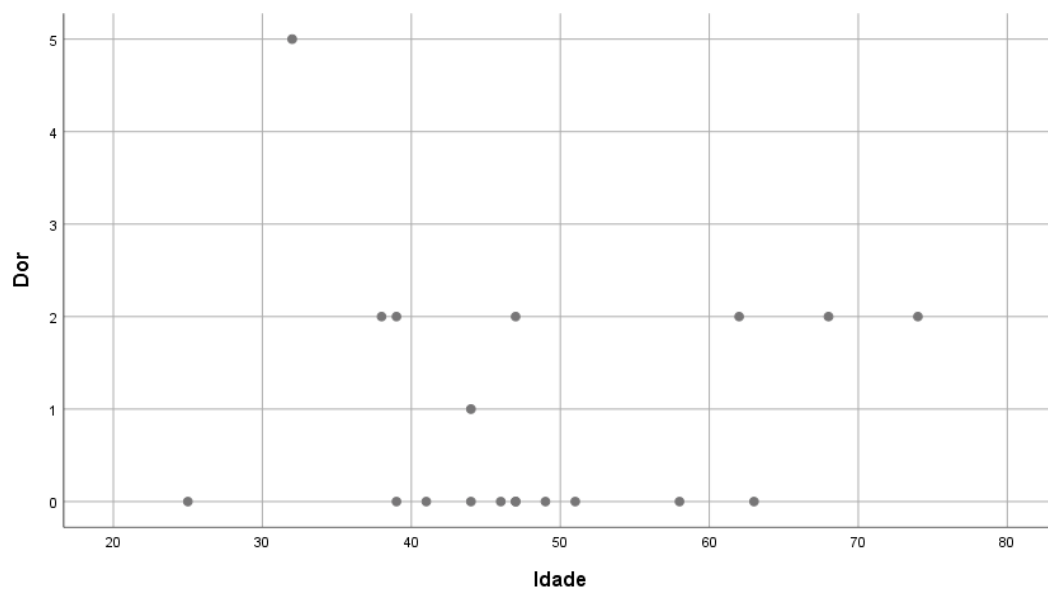


Gráfico 8. - Diagrama de dispersão da idade do nível de dor, na exérese de quisto sacrococcígeo

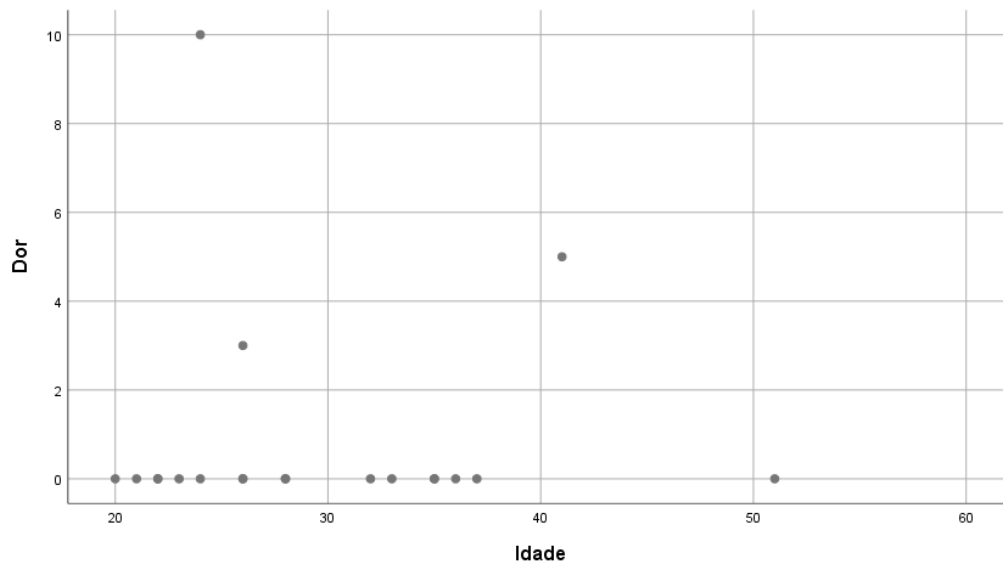


Gráfico 9. - Diagrama de dispersão da idade do nível de dor, na cirurgia a lipoma

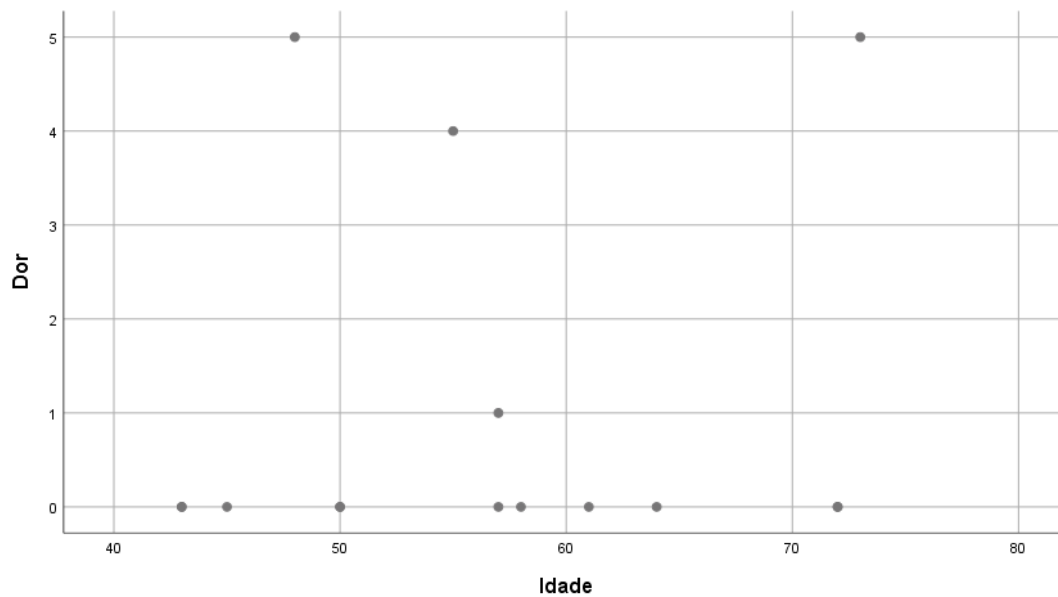
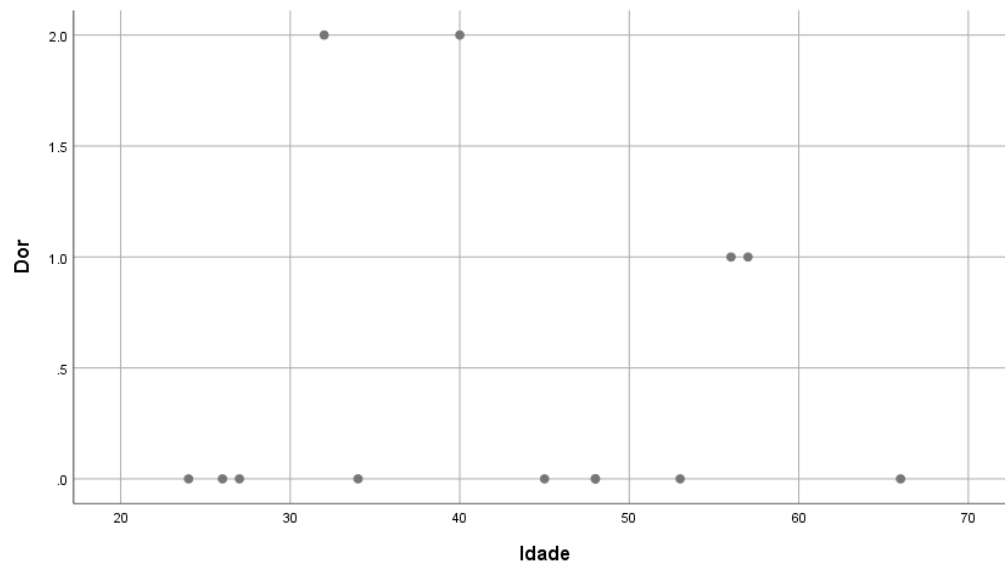


Gráfico 10. - Diagrama de dispersão da idade e do nível de dor, para fistulotomia anal



Apêndice VI-Resultados: Diagramas de Dispersão do Género e do Nível de Dor

Gráfico 11. - Diagrama de dispersão do género e do nível de dor

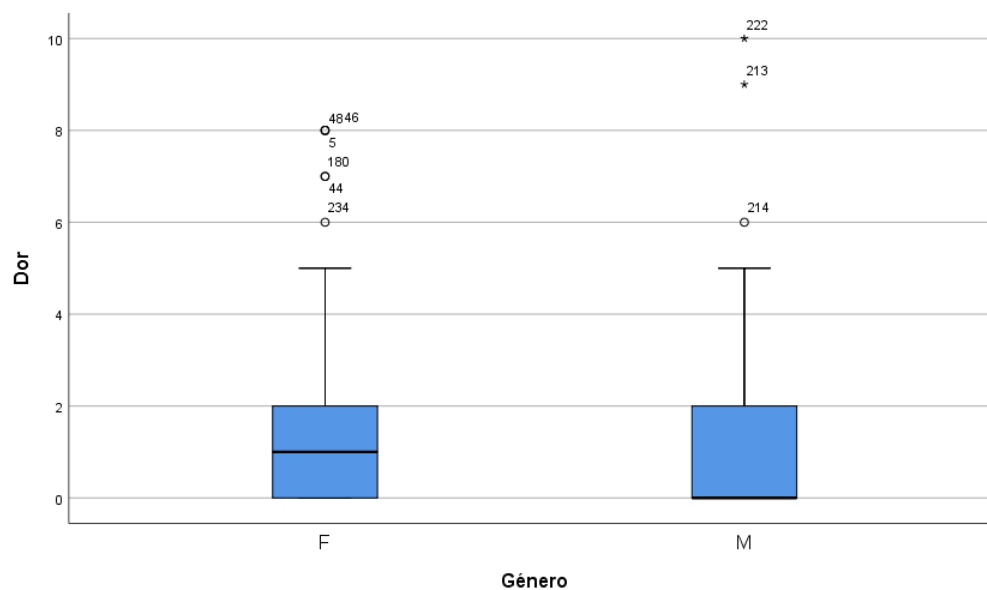


Gráfico 12. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor por género, para a hernioplastia da parede abdominal

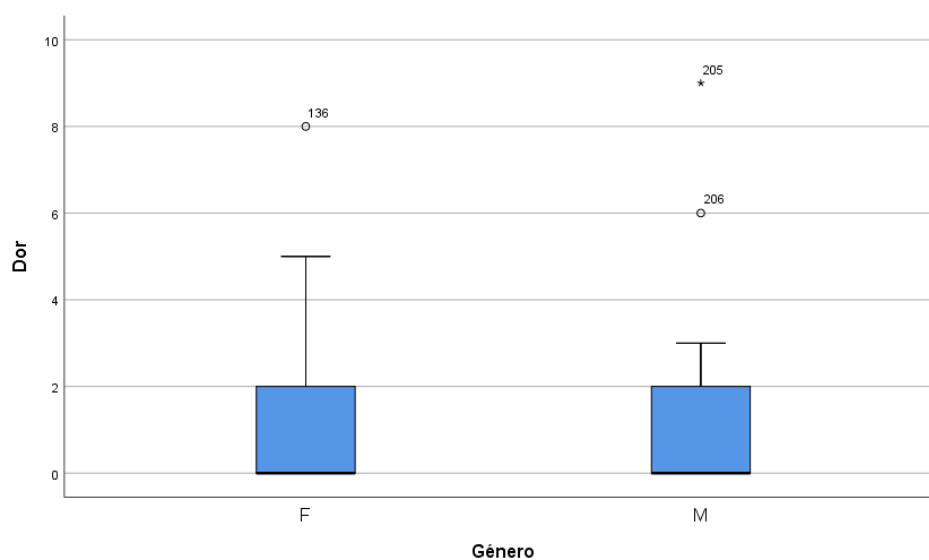


Gráfico 13. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor por género, para a hemorroidectomia

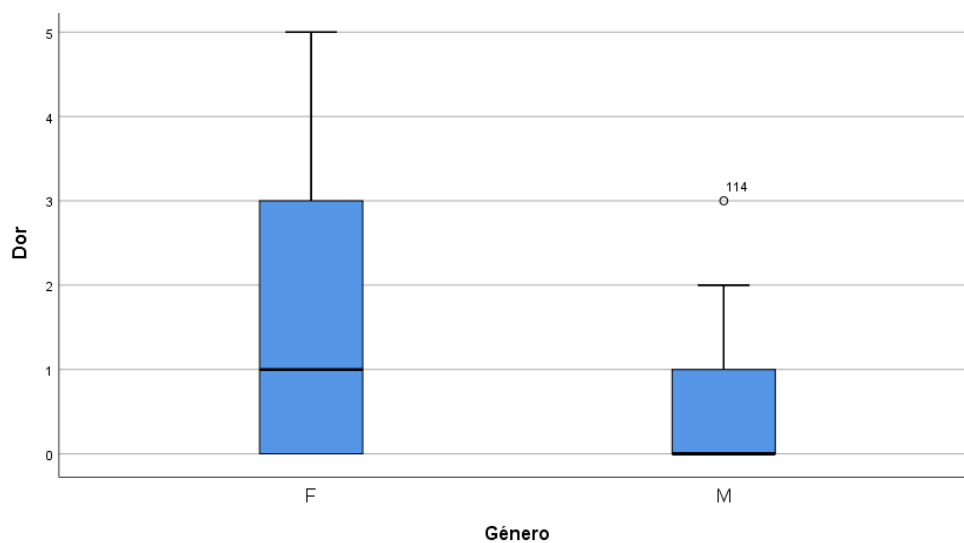


Gráfico 14. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor, por género, na cirurgia da mama

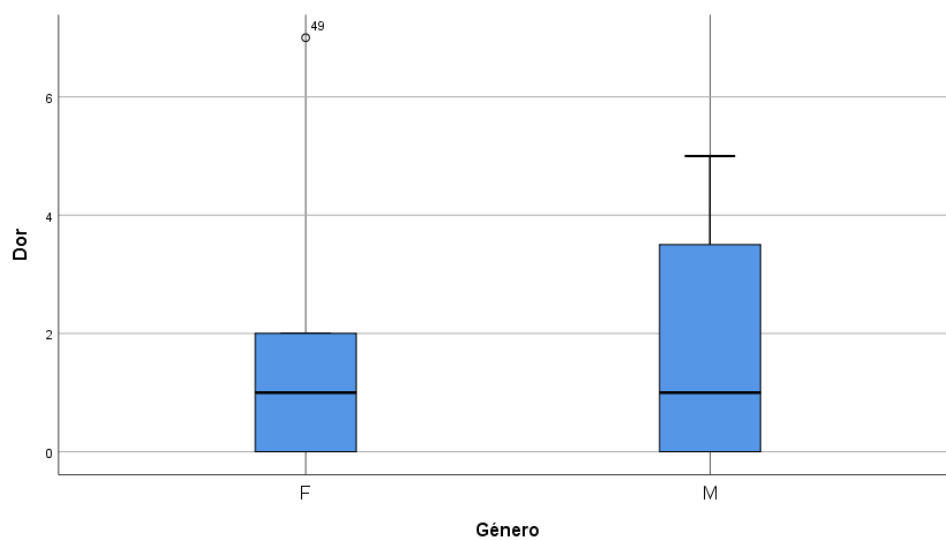


Gráfico 15. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor, por género, na colecistectomia laparoscópica

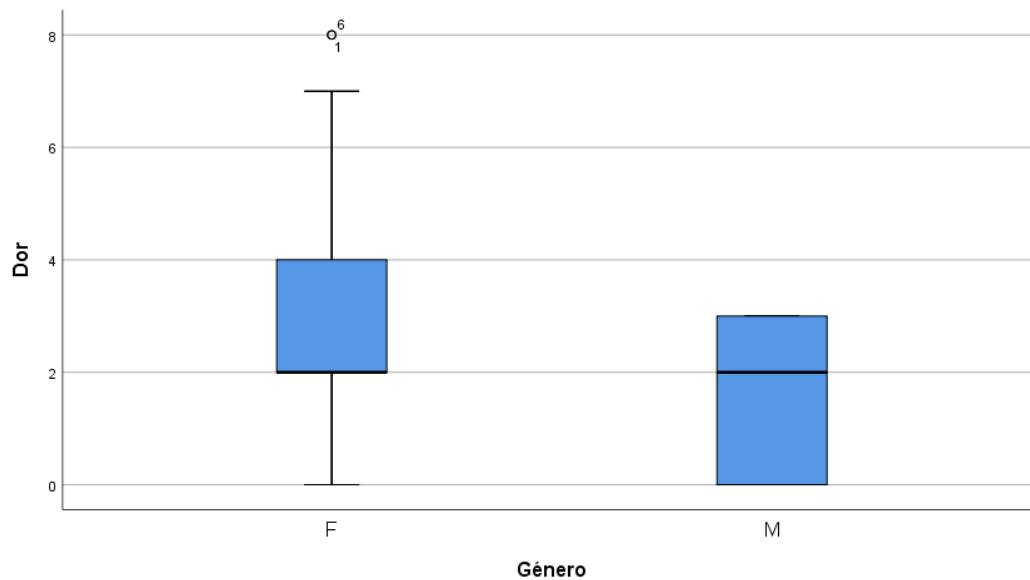


Gráfico 16. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor, por género, na colocação de cateter peritoneal

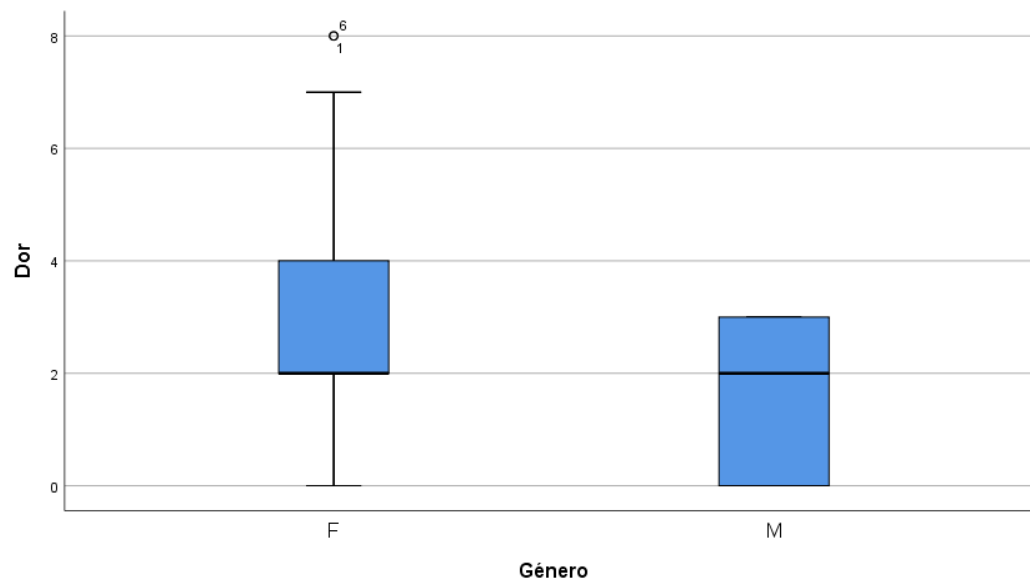


Gráfico 17. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor por género, na exérese de quisto sacrococcígeo

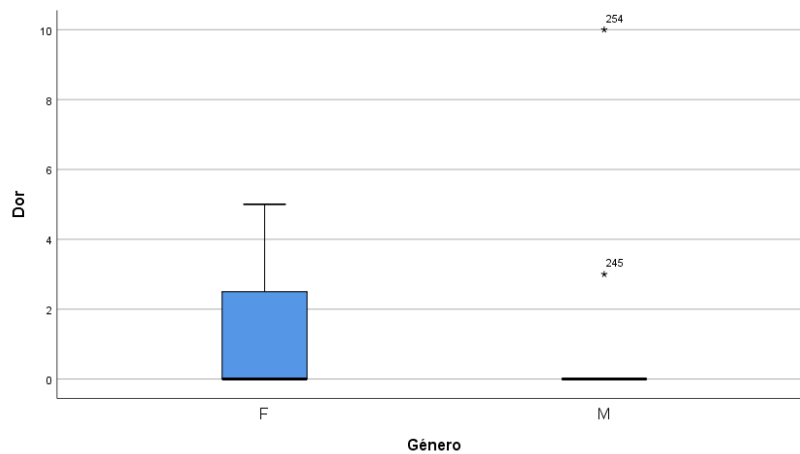


Gráfico 18. - Diagrama de extremos e quartis para o nível de dor, por género, na cirurgia a lipoma

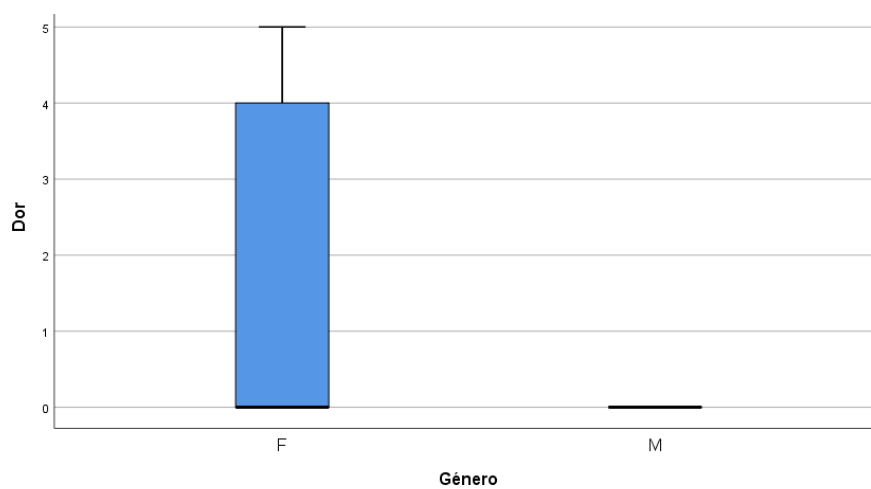
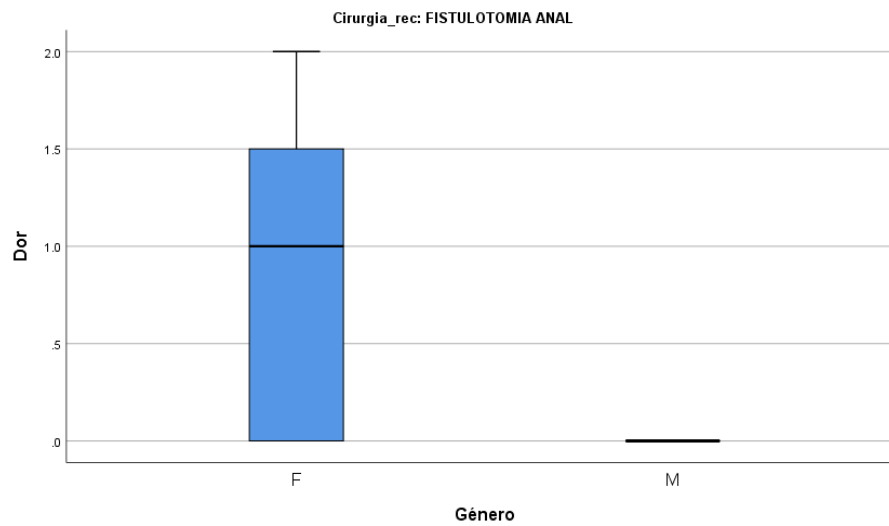


Gráfico 19. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor, por género, na fistulotomia anal



Apêndice VII-Resultados: Diagramas de Dispersão do Tipo de Anestesia e do Nível de Dor

Gráfico 20. - Diagrama de extremos e quartis do nível de dor e por tipo de anestesia

